

SELBSTMORDVERSUCHE BEI PSYCHISCH KRANKEN
NACH DER ENTLASSUNG
AUS STATIONÄR-PSYCHIATRISCHER THERAPIE

WILHELM SCHERER

1981

Dissertations- und Fotodruck ANNELIESE SCHUBERT
Corneliusstraße 21 · 8000 München 5 · Telefon 268177

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

Selbstmordversuche bei psychisch Kranken
nach der Entlassung
aus stationär-psychiatrischer Therapie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Wilhelm Scherer
aus
Dinkelscherben
München 1981

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 29.1.1981

Inhaltsverzeichnis

A .	Einleitung	1
B .	Untersuchte Population und Methodenprobleme	6
C .	Ergebnisse	
I.	Die Suizidversuche	
1.	Häufigkeit der Suizidversuche	13
2.	Eingenommenes Gift	14
3.	Die suizidale Absicht und die Intoxikationsstufen	16
4.	Alkoholbeteiligung bei den Suizidversuchen	17
5.	Ort der Durchführung und Entdeckung der Suizidversuche	18
6.	Einlieferung ins Krankenhaus nach den Suizidversuchen	19
7.	Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und Krankenhausaufnahme	20
8.	Zeitpunkt der Suizidversuche	20
9.	Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie, sowie letztem vorangegangenen Suizidversuch	21
10.	Motiv der Suizidversuche	22
II.	Die Patienten	
1.	Geschlecht	24
2.	Alter	24
3.	Psychiatrische Diagnose	
a.	Patienten mit und ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung	25

b. Patienten mit einem und mehreren Suizidversuchen nach der Klinikentlassung	29
c. Patienten als Erstsuiizidanten und Wiederholer nach der Klinikentlassung	29
4. Dauer der psychiatrischen Erkrankung und Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufenthalte	30
5. Chronisch körperliche Erkrankungen	31
6. Zerbrochene Familie in der Kindheit	32
7. Familienanamnese	32
8. Staatsangehörigkeit	33
9. Religionszugehörigkeit	33
10. Familienstand	34
11. Beruf, Erwerbstätigkeit und soziale Schicht	34
12. Wohnsituation	36
 III. Psychiatrische Betreuung nach der Klinikentlassung	
1. Ambulante psychiatrische Betreuung zum Zeitpunkt der Suizidversuche	38
2. Erneute stationär-psychiatrische Therapie	39
3. Überweisung in stationär-psychiatrische Therapie nach den Suizidversuchen	40
 D. Diskussion	42
I. Diskussion der Suizidversuche	
1. Häufigkeit der Suizidversuche nach der Klinikentlassung und Inzidenz früherer Suizidversuche	44
2. Eingenommenes Gift	48
3. Die suizidale Absicht und die Intoxikationsstufe	50
4. Alkoholbeteiligung bei den Suizidversuchen	55
5. Ort der Durchführung und Entdeckung der Suizidversuche	57
6. Einlieferung ins Krankenhaus nach den Suizidversuchen	58
7. Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und Krankenhausaufnahme	59
8. Zeitpunkt der Suizidversuche	59

9. Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie, sowie letztem vorangegangenen Suizidversuch	61
10. Motiv der Suizidversuche	62
II. Diskussion zu den Patienten	
1. Geschlecht	66
2. Alter	67
3. Psychiatrische Diagnose	69
4. Dauer der psychiatrischen Erkrankung und Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufenthalte	74
5. Chronisch körperliche Erkrankungen	74
6. Zerbrochene Familie in der Kindheit	75
7. Familienanamnese	76
8. Staatsangehörigkeit	77
9. Religionszugehörigkeit	78
10. Familienstand	78
11. Beruf, Erwerbstätigkeit und soziale Schicht	79
12. Wohnsituation	81
III. Diskussion zur psychiatrischen Betreuung nach der Klinikentlassung	
1. Ambulante psychiatrische Betreuung zum Zeitpunkt der Suizidversuche	83
2. Erneute stationär-psychiatrische Therapie	85
3. Überweisung in stationär-psychiatrische Therapie nach den Suizidversuchen	86
E. Tabellen und Graphiken	88
F. Literaturverzeichnis	117
G. Zusammenfassung	128
Nachwort	133
Lebenslauf	134

A. Einleitung

Im Jahre 1976 wurden in der Bundesrepublik Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (1977) knapp 13000 Selbstmorde begangen. Damit liegt die Selbstmordziffer, das ist die Selbstmordrate der über 15-jährigen Personen, in der Bundesrepublik bei 21,6 pro 100000 Einwohner. Böker (1973) fand bei der Kölner Stadtbevölkerung eine Selbstmordrate von 25 pro 100000 Männer und von 13 pro 100000 Frauen. Bezieht man noch eine Dunkelziffer mitein, so gibt es in unserem Land fast so viele Selbstmord-Tote wie Verkehrstote pro Jahr.

Die Anzahl aller suizidaler Handlungen in der Bundesrepublik schätzt Böker (1977) auf etwa 100000 pro Jahr. Werden die rund 13000 tödlich endenden abgezogen, so ergibt sich ein Zahlenverhältnis für Selbstmord (letal) zu Selbstmordversuch (nicht-letal) von 1:6,7. Stengel (1969) fand ohne Einbeziehung der von ihm auf 20% geschätzten Dunkelziffer das Verhältnis 1:7,4, Farberow und Shneidman (1961) fanden 1:8, Rügsegger (1963) fand 1:10 bis 1:15, Gominet et al (1974) fanden in einer franz. Stadt sogar 1:21. Dorpat und Ripley (1967) berichten, daß etwa 10-20% der Menschen, die einen Suizidversuch machten, später Selbstmord begehen und daß umgekehrt etwa 20-65% der Menschen, die Selbstmord begehen, in Ihrer Vorgeschichte Suizidversuche haben. In der Bundesrepublik werden durchschnittlich alle 40 Minuten ein Selbstmord und alle 5 Minuten ein Selbstmordversuch begangen.

Selbstmord bedeutet in dieser Untersuchung wie in den meisten der Literatur die tödlich endende Selbstmordhandlung, Selbstmordversuch die nicht tödliche Selbstmordhandlung. Die aus konventioneller Vorstellung entstandenen Bezeichnungen "erfolgreicher" oder "mißglückter" Selbstmordversuch werden nicht verwendet, da man annehmen muß, daß der Tod nicht

einziger Zweck einer Selbstmordhandlung ist und somit nicht als Erfolgskriterium verwendet werden soll. Viele Suizidversuche und nicht wenige Suizide, so urteilt Stengel(1969), werden in der Stimmung: "Es ist mir egal, ob ich am Leben bleibe oder sterbe" ausgeführt. Es wird vielfach der Umgebung überlassen, ob jemand bei einer suizidalen Handlung gerettet wird oder nicht. Manche Menschen, die einen Suizidversuch machen, sehen im Ausgang auch eine Art Gottesurteil oder Vorsehung, berichtet Stengel(1960b). Untersuchungen von Adams et al(1973) und Kochansky(1973) zeigen, daß Menschen, die Suizidversuche machen, eine Risikobereitschaft haben, die höher ist als bei nicht suizidalen, psychiatrischen Patienten oder medizinischen Patienten oder Selbstmorddrohern. Bei vielen Suizidversuchen fehlt eine wirklich klare, unzweideutige Entschlossenheit, dem Leben ein Ende zu setzen, selbst wenn diese Menschen glaubhaft berichten, daß sie sich das Leben nehmen wollten. Bei vielen dieser Menschen, so schreiben Jensen und Petty(1958), besteht eine unbewußte Phantasie des Gerettetwerdens. Trotzdem darf ein Suizidversuch, so warnt Andriola(1973), keinesfalls als "hysterisch" oder nicht ernst gemeint abgetan werden. Um zu verdeutlichen, daß es sich beim Suizidversuch inhaltlich nicht so eindeutig um ein sich selbst Ermorden handelt, ersetzen im englischen Sprachraum, vor allem Kreitman(1969), aber auch andere Autoren die Bezeichnung "attempted suicide" (Suizidversuch) durch den Begriff "parasuicide", selbst wenn diese Autoren wie die anderen formal die gleiche Art der nicht-letalen, suizidalen Handlung meinen.

Die in der vorliegenden Untersuchung verwendete Definition von Suizidversuch entspricht die der meisten Autoren. Stengel(1969) definiert: "Suizidversuch ist jede potentiell gefährliche Handlung der Selbstschädigung, die mit der Absicht der Selbstvernichtung begangen wurde, so vage und zweifelhaft diese sein mag...Potentiell gefährlich bedeutet in diesem Zusammenhang: von dem, der Versuch unternahm, als möglicherweise lebensgefährdend angesehen. Analog zu Stengel(1969) zählen für den Autor auch solche Handlungen zu Suizidversuchen - oft als Selbstmordgesten bezeichnet - bei denen die Tötungsabsicht scheinbar fehlt und kommunikative und manipulative Zwecke offensichtlich scheinen. Feuerlein(1971) bezeichnet solche Akte wegen der "fast

völlig fehlenden Intension zur Autodestruktion" als "parasuizidale Geste" und reiht sie nicht mehr unter "Suizidversuch" ein.

Erstmals ausführlich äußert sich Lungershausen (1968) über eine Sonderform von suizidalen Arzneimittelintoxikationen: Sie streben eigentlich nicht den Tod an, sondern einen Tiefschlaf, eine kurze Atempause, einen "Tod auf Zeit", um kritischen Lebensphasen wenigstens vorübergehend zu entrinnen. Da hierbei eingestanden oder uneingestanden der Tod mit in Kauf genommen wird, rechnet Lungershausen(1968) diese Handlungen noch zu den Suizidversuchen. Feuerlein(1971) dagegen bezeichnet solche Akte als "parasuizidale Pause" und reiht sie nicht unter "Suizidversuch" ein. Der Autor der vorliegenden Arbeit schließt sich den Aussagen von Lungershausen(1968) an und hat die dargestellte Sonderform von Arzneimittelintoxikation als Suizidversuch in die Untersuchung miteingeschlossen.

Wie bei Schmidt et al(1954), Weissman et al(1973) und vielen anderen Untersuchungen fallen Selbstmordgedanken nicht unter die Definition "Suizidversuch". Dieser Ausschluß ist nicht willkürlich oder rein vom Wort her bedingt. Arbeiten von Farberow (1950) oder Rosen(1954) zeigen, daß psychiatrische Patienten mit Selbstmordgedanken ohne realem Suizidversuch von ihrer Persönlichkeit eine andere Population darstellen als solche mit Suizidversuch oder solche ohne Selbstmordgedanken oder -drohungen.

Ringel(1953) bezeichnet den Selbstmord als Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Im Suizidversuch dagegen sehen Farberow und Shneidman(1961) einen "Hilferuf", Stengel(1969) betont den "Appellcharakter" und Lukianowicz(1972) spricht vom "Versuch, die Umgebung zu verändern". Allerdings ist nur bei einer Minderheit, so betont Stengel(1960b), diese Appellfunktion bewußte Absicht. Insbesondere Stengel(1969) zeigt, daß Menschen, die Selbstmord(letal) begehen, und solche, die einen Selbstmordversuch(nicht-letal) machen, zwei sich zwar überschneidende, aber doch verschiedene Populationen sind. Einige Autoren, wie de Boer(1949) oder Bayreuther(1959) sehen dagegen im Suizidversuch einen "mißglückten" Selbstmord.

Stengel(1969), bestätigt durch viele andere Autoren, führt zwischen Selbstmord(letal) und folgenden Faktoren positive Korrelationen auf: Männliches Geschlecht, zunehmendes

Alter (Höhepunkt um das 60. Lebensjahr), Verwitwet-, Unverheiratet- oder Geschiedensein, Kinderlosigkeit, hohe Bevölkerungsdichte, Wohnsitz in großen Städten, hoher Lebensstandard, Wirtschaftskrisen, Alkoholschwierigkeiten, Kindheit in "Zerbrochener Familie" (Broken Home), psychische Störungen und physische Erkrankungen. Als häufigsten Kausalfaktor fand Sainsbury (1955) soziale/wirtschaftliche Schwierigkeiten, dagegen nur in 4% unglückliche Liebesbeziehungen. Negative Korrelationen zu Selbstmord fand Stengel (1969) für weibliches Geschlecht, niedriges Alter, Verheiratetsein, große Kinderzahl, starke religiöse Bindung, niedrige Bevölkerungsdichte (sie darf jedoch nicht allzu gering sein), untere sozio-ökonomische Schicht, Krieg. Simon (1968) wendet ein, daß der Zusammenhang zwischen Lebensstandard und Selbstmord nur ein indirekter sei und Bildungsgrad und ähnliche Faktoren wichtiger seien. So bestehe zum Beispiel eine sehr hohe Selbstmordrate bei niedrigem Einkommen, aber hohem Bildungsgrad.

Ein Teil dieser positiven und negativen Korrelationen gilt auch für Selbstmordversuch (nicht-letal), einige jedoch ganz auffällig nicht. Dahlgren (1945), Feudell (1952), Farberow und Shneidman (1961), Dotzauer (1963), Pöldinger (1968), Möller und Werner (1979) und viele andere Autoren fanden bei Menschen mit Suizidversuch gehäuft Frauen von vorwiegend jüngerem Alter. Als Methode wird Vergiftung bevorzugt. Bei Böker (1973) sind es 74% in den Jahren 1950-1967, bei Böhme und Dittbrenner (1976) 80%, bei Linden (1969) 83,5% und in einer WHO-Studie über 7 europäische Länder (1976) sind es 82-96%. Suizidversuche werden außerdem, wie Stengel (1969) berichtet, in der Regel in der Nähe anderer Personen durchgeführt, so daß eine größere Chance der Rettung besteht, obwohl das Eingreifen anderer Menschen dem Zufall überlassen wird. Häufigstes Motiv bei Suizidversuchen (nicht-letal) sind nun nicht soziale und finanzielle Probleme - Böker (1969) fand 11% - sondern Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen, laut Böker (1969) bei 50% der Männer und zwei Drittel der Frauen. Menschen mit Selbstmordversuchen (nicht-letal) haben außerdem wesentlich seltener psychotische Erkrankungen als Menschen, die Selbstmord begehen. In Arbeiten von Feudell (1952), Ettlinger und Flordh (1955), Pöldinger (1968), Kockott et al (1970), Grüneberg et al (1972), Katerynink (1972), Henseler (1974), Morgan et al (1975b) und Möller

und Werner(1979) wird der Anteil der Psychotiker unter den Menschen mit Suizidversuch(nicht-letal) auf 8%-16% geschätzt. In Arbeiten von Sainsbury(1955), Stengel und Cook(1958), Ringel(1961) und Dorpat und Boswell(1963) wird der Anteil der Psychotiker unter den Selbstmördern dagegen auf 33%-40% geschätzt.

Eine weitaus erhöhte Rate an Selbstmorden und Selbstmordversuchen gegenüber der Gesamtbevölkerung haben psychiatrische Patienten. Autoren wie Temoche et al(1964), Pokorny(1964), James und Levin(1964), Stengel(1969), Tefft et al(1977) berichten, daß die Selbstmordrate(letal) bei psychiatrischen Patienten etwa um das 4-9fache höher ist als bei der Gesamtbevölkerung, und Angaben von Elia und Perris(1969), Elia et al(1974) oder Koreik(1975) über Selbstmordversuche (nicht-letal) bei Menschen mit verschiedenen, psychiatrischen Erkrankungen ergeben Selbstmordversuchsraten, die etwa um das 10-30fache höher liegen als bei der Gesamtbevölkerung.

B. Untersuchte Population

und

Methodenprobleme

Entsprechend der obigen Definition und Literaturanmerkungen über Selbstmord(letal) und Selbstmordversuch (nicht-letal) und der erwähnten Einteilung der Menschen mit Selbstmord und Selbstmordversuch in zwei sich zwar überlappende, aber verschiedene Populationen, werden in der vorliegenden Arbeit nur Selbstmordversuche(nicht-letal) und keine Selbstmorde behandelt. Bezüglich der beim Suizidversuch angewandten Methode werden in der vorliegenden Arbeit zum Teil aus methodischen Gründen, zum Teil aus organisatorischen Gründen nur Suizidversuche durch Vergiftung betrachtet, auch wenn es in der Literatur Hinweise, zum Teil auch widersprüchliche, darüber gibt, daß psychiatrische Patienten, insbesondere psychotische, ihre Suizidversuche weniger häufig mit Vergiftung durchführen als die Gesamtbevölkerung: Noreik(1975) fand bei Suizidversuchen von Patienten mit funktionellen Psychosen zu 12% Vergiftungen, d'Elia und Perris(1969) fanden bei Suizidversuchen von Patienten mit psychotischen Depressionen zu 23% Vergiftungen, und Crook et al(1975) fanden bei Suizidversuchen von Patienten mit Depressionen zu 36% Vergiftungen. Pöldinger(1968) allerdings fand bei Suizidversuchen von psychotischen Patienten den gleichen 51%-Anteil an Vergiftungen wie bei Menschen mit anderen Diagnosen, die nach einem Suizidversuch in eine psychiatrische Klinik gelangten. Quidu(1970), Böker(1973), Gominet et al(1974), eine WHO-Studie(1976) und Böhme et al(1976) fanden bei Suizidversuchen in der Gesamtbevölkerung einen Anteil an Vergiftungen von etwa

70-90%, wobei Böhme et al(1976) nachweisen, daß der enorme Anstieg an Suizidversuchen in den letzten 30 Jahren fast ausschließlich den Anstieg der Tablettenintoxikationen beinhaltet. Die letzte Aussage unterstreicht noch die Wichtigkeit der Vergiftungen, insbesondere der Tablettenintoxikationen auch für die vorliegende Arbeit.

Bei den vom Autor oft zwangsläufig mit überprüften chirurgischen Abteilungen vieler Krankenhäuser Münchens fand sich in der untersuchten psychiatrischen Population übrigens kein einziger Suizidversuch mit anderen Methoden. Allerdings wurden wegen der Einschränkung auf Vergiftungen einige chirurgische Krankenhäuser, die keine intoxikierten Patienten aufnehmen, nicht überprüft. Der Autor vermutet deshalb, daß in der untersuchten Patientenpopulation im entsprechenden Zeitraum wenn überhaupt, dann nur ganz wenige Selbstmordversuche(nicht-letal) mit anderen Methoden durchgeführt wurden. Für eine getrennte statistische Auswertung wäre eine solch geringe Zahl nicht ausreichend gewesen und eine Zusammenzählung mit den Vergiftungen ist methodisch durchaus fragwürdig, da einige Untersuchungen zeigen, daß Menschen mit Suizidversuchen durch Vergiftung eine andere Population darstellen als solche, die härtere Methoden anwenden. Solche Unterschiede finden sich in der Clusteranalyse von Paykel und Rassaby(1978), oder Kreitman et al(1970) zeigen, daß Menschen, die Tablettenintoxikation, nicht aber andere Methoden anwenden, gehäuft in einer Art "Selbstmordversuch-Subkultur" leben, in der Selbstmordversuch als eine Art von Kommunikation verstanden wird. Es sind Menschen, die in Geschlecht und Alter ähnlich sind, gleichermaßen verwandt und nichtverwandt sind und vor allem selbst 4 Mal häufiger Selbstmordversuche gemacht haben als die Gesamtbevölkerung.

Bei der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Population handelt es sich nicht um Durchschnittsbevölkerung, sondern um psychiatrische Patienten nach stationär-psychiatrischer Therapie. Es sind alle 835 psychiatrischen Patienten, wohnhaft in der Stadt München, die 1976 nach stationär-psychiatrischer Therapie aus der Psychiatrischen Universitätsklinik München entlassen worden sind, somit alle psychiatrischen Diagnosen haben konnten und sowohl mit als auch ohne Suizidversuch in ihrer Vor-

geschichte waren. Gesucht und ausgewertet wurden nun bei diesen 835 psychiatrischen Patienten alle Suizidversuche mittels Vergiftung, die innerhalb des 1. Jahres nach der Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie in der Psychiatrischen Universitätsklinik München durchgeführt wurden.

Die Psychiatrische Universitätsklinik München hat 208 Betten, die durchschnittliche Verweildauer pro Aufenthalt beträgt 6 Wochen, der Einzugsbereich umfaßt ganz Bayern, bevorzugt Südbayern, wobei etwa die Hälfte aller Patienten aus der Stadt München kommt. Die Psychiatrische Universitätsklinik München hat als Universitätsklinik eine relativ geringe Zahl chronisch psychisch Kranker zur stationären Therapie. Sie sind häufiger in Psychiatrischen Bezirkskrankenhäusern, wie z.B. Haar am Stadtrand von München.

Im Jahre 1976 wurden an der Psychiatrischen Universitätsklinik München insgesamt 2257 Entlassungen durchgeführt, davon 1092 bei Patienten aus der Stadt München. Von diesen Entlassungen müssen 100 abgezogen werden für Patienten, die nur für einen Tag wegen technischer Untersuchungen aufgenommen wurden. Bei den verbleibenden 992 Entlassungen handelt es sich dann wegen Doppel- und Dreifachaufnahmen, zum Teil nur wegen Wochenendentlassungen, um die untersuchten 835 psychiatrischen Patienten der Stadt München, die 1976 aus der Psychiatrischen Universitätsklinik entlassen wurden.

Daß für diese Arbeit nur die Patienten genommen wurden, die in der Stadt München wohnhaft waren, hatte technisch-methodische Gründe. Außerdem war es auch nicht Ziel dieser Arbeit, mögliche Unterschiede bei Suizidversuchen zwischen Stadt und Land herauszufinden, die es, wie Niskanen et al (1975) zeigen, durchaus gibt.

Da es keine zentrale behördliche Registrierung von Suizidversuchen gibt und da die Psychiatrische Universitätsklinik für Entgiftungen keine Intensivstation hat, bestand die große Schwierigkeit, wie herausgefunden werden sollte, wieviele und welche der 835 Patienten nach ihrer Entlassung aus der Psychiatrischen Universitätsklinik einen Suizidversuch machten. Dazu gab es folgende Möglichkeiten:

1. Man hätte an alle 835 Patienten Fragebögen verschicken können, jedoch ist sehr wohl anzunehmen, daß viele Patienten, insbesondere die mit Suizidversuchen, falsche Angaben oder gar nicht geantwortet hätten. Damit wären, wovon Neuringer(1962) warnt, Patienten mit Suizidversuch in die Kontrollgruppe ohne Suizidversuch gelangt und hätten den Vergleich verfälscht.

2. Man hätte die 835 Patienten nach Ablauf des 1.Jahres nach der Entlassung aufsuchen und interviewen können. Auch bei diesem Vorgehen wäre die Gefahr von falschen Antworten durchaus groß gewesen, zumal Suizidversuche nicht nur oft verheimlicht werden, sondern die Betroffenen, wie Neuringer(1962) erwähnt, nach einiger Zeit über den Suizidversuch ganz anderes berichten als direkt in den ersten Stunden und Tagen danach. Ein Aufsuchen und Interviewen aller 835 Patienten wäre außerdem zu umfangreich und die Zahl der Suizidversuche beim Anlegen einer Stichprobe für die statistische Auswertung zu gering geworden. Außerdem sollten die psychiatrischen Patienten wegen dieser Untersuchung, wenn irgendwie möglich, nicht mit solchen Interviews belastet werden.

3. Man hätte an alle Psychiater Fragebogen schicken können, zu denen die Patienten nach der Entlassung überwiesen wurden. Auf diese Weise hätten aber nur Suizidversuche von solchen Patienten gefunden werden können, die die psychiatrische Betreuung im 1.Jahr nicht abgebrochen haben. Wie sich aber zeigen wird, war ein grosser Teil der Patienten nicht das ganze Jahr in psychiatrischer Betreuung.

4. Der Autor ging deshalb nach folgender Methode vor: Er legte eine alphabetische Namensliste der 835 Patienten an ging nach Genehmigung durch die entsprechenden Chefärzte in die Archive aller Kliniken Münchens und Umgebung, die Münchner Patienten nach Vergiftungen aufnehmen könnten. Es handelte sich um die folgenden sechzehn Kliniken:

1. Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München
2. Klinikum Großhadern der Universität München
3. Klinikum Rechts der Isar der Techn.Universität München
4. Städt. Krankenhaus München-Harlaching
5. Städt. Krankenhaus München-Neuperlach
6. Städt. Krankenhaus München-Oberföhring

7. Städt. Krankenhaus München-Pappenheimstraße
8. Städt. Krankenhaus München-Schwabing
9. Kreiskrankenhaus München-Pasing
10. Kreiskrankenhaus München-Perlach
11. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
12. Krankenhaus des Dritten Ordens
13. Krankenhaus Kempfenhausen
14. Bezirkskrankenhaus Haar
15. Privat-Nervenklinik Gauting
16. Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Da nicht alle Krankenhäuser Bayerns überprüft werden konnten, wurden von Anfang an nur die psychiatrischen Patienten genommen, die in der Stadt München wohnhaft waren. Dabei wurden nicht lediglich die kleinen Karteien der Intensivstationen überprüft, sondern die Archive des jeweils ganzen Krankenhauses, so daß auch die Patienten mit Suizidversuch ausfindig gemacht werden konnten, die nicht auf eine Intensivstation gelangt waren. Wurde laut Archiv einer der 835 Patienten in den genau 12 Monaten nach der Entlassung aus der Psychiatrischen Universitätsklinik in einem der 16 Krankenhäuser aufgenommen, so wurde an Hand der Krankenakte geprüft, ob es eine Vergiftung in suizidaler Absicht war. War dies der Fall, so wurden aus dieser Akte und aus der in der Psychiatrischen Universitätsklinik alle notwendigen Angaben für die vorliegende Untersuchung entnommen. Ursprünglich wollte der Autor die auf diese Weise gefundenen Patienten noch zusätzlich interviewen, doch war der ausdrückliche Verzicht darauf eine entscheidende Voraussetzung dafür, daß alle verantwortlichen Chefarzte der überprüften 16 Krankenhäuser die Genehmigung für den notwendigen Zutritt zu den Archiven erteilten. Die meisten Informationen konnten dann aber doch auch ohne diese Interviews zusammengetragen werden.

Die vom Autor angewandte Methode entspricht der der meisten Untersuchungen über Suizidversuche, doch auch sie hat einige methodenbedingte Fehlermöglichkeiten, die ähnliche Verlaufsstudien in der Literatur ebenfalls haben:

1. Es können nur die Suizidversuche von den Patienten in die Untersuchung gelangen, die wegen des Suizidversuchs zur Aufnahme

in ein Krankenhaus kamen. Untersuchungen von Stengel(1969) und Kennedy und Kreitman(1973), basierend auf vergleichenden Befragungen von Krankenhäusern und praktischen Ärzten, zeigen, daß immerhin 20-30% der Menschen nach einem Suizidversuch nicht in ein Krankenhaus eingeliefert wurden. Auch wenn die Autoren lokale Besonderheiten einräumen, so ist die Dunkelziffer der Patienten, die nach einem Suizidversuch nicht in eine Klinik kommen, sicherlich auch in der Bundesrepublik nicht gering. Henseler(1974) betont, daß dies insbesondere für Tablettenintoxikationen gilt. Um diese methodenbedingte Fehlerquelle trotzdem noch zu reduzieren, hätte man Namenslisten und Fragebögen an alle praktischen Ärzte, Psychiater und Internisten Münchens verschicken müssen, jedoch wäre eine solche Aktion, abgesehen von ihrem Umfang, für die 835 psychiatrischen Patienten trotz Arztgeheimnis mit einer möglichen Gefährdung des Personen- und Datenschutzes verbunden gewesen, so daß sie unterlassen wurde.

2. Die anderen methodenbedingten Fehlerquellen bestehen darin, daß man für die Untersuchung annehmen muß, daß die meisten Patienten im 1.Jahr nach der Entlassung noch in München wohnhaft blieben, ihren Suizidversuch in München begingen und somit nicht in Krankenhäuser außerhalb Münchens und Umgebung zur Aufnahme kamen. Bruhn(1962), Lukianowicz(1972) und Conte und Plutchik(1974) berichten, daß Menschen mit Suizidversuch eine höhere Wohnmobilität haben als nicht suizidale, psychiatrische Patienten. Eine Verlaufsuntersuchung in Göteborg von Jansson(1962) über Menschen mit Suizidversuch zeigte, daß innerhalb des 1.Jahres nach dem Suizidversuch immerhin 90,5% weiterhin in Göteborg wohnten. Morgan et al(1976) zeigten in ihrer Untersuchung über 279 Menschen mit Suizidversuch, daß von 67 Menschen, die wegen eines erneuten Suizidversuchs innerhalb des 1.Jahres zur Neuaufnahme kamen, 11 Menschen, das sind 16% dieser Wiederholer, in ein Krankenhaus außerhalb der Stadt Bristol kamen. Da der Autor für die vorliegende Arbeit neben 13 Münchner Krankenhäusern auch drei im Umkreis Münchens überprüfte, ist anzunehmen, daß die Rate der nicht in den 16 Kliniken Auffindbaren unter den obigen 16% liegt. Um diesen methodenbedingten Fehler zu reduzieren, hätte man zwar durch das Einwohnermeldeamt überprüfen lassen können, ob die 835 psychiatrischen Patienten im 1.Jahr nach der Klinikentlassung noch in

München wohnten und wohin die entsprechenden Patienten gezogen sind, jedoch wollte der Autor zum Schutz der Patienten keinesfalls unbefugten Personen oder Behörden Einsicht in eine namentliche Patientenliste geben.

Zur statistischen Auswertung der gefundenen Ergebnisse wurde der Chi-Quadrat-Test, dargestellt in Cavalli-Sforza(1974), verwendet. Bei zu geringem Irobenumfang wurde der exakte Test nach R.A.Fisher, dargestellt bei Weber(1972), angewandt. In der vorliegenden Arbeit wurde im Chi-Quadrat-Test mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ($p=0,05$) gearbeitet. Das entspricht bei einem Freiheitsgrad ($df=1$) einer Signifikanzschwelle von 3,841. Wurde im Chi-Quadrat-Test mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von mindestens 1% ($p=0,01$) gerechnet, so wird von "hochsignifikant" gesprochen. Die Signifikanzschwelle im Chi-Quadrat-Test liegt dann bei einem Freiheitsgrad ($df=1$) bei 6,635. Da der Chi-Quadrat-Test zweiseitig, der exakte Test nach R.A.Fisher aber nur einseitig abgrenzt, gilt in der vorliegenden Arbeit bei Anwendung des Fisher-Tests bei einem Freiheitsgrad ($df=1$) die Bezeichnung "signifikant" bei $p=0,025$ und "hochsignifikant" bei $p=0,005$. Als Maß für Mittelwert und Umfang von Ergebnissen werden bei unstetiger Verteilung Median und Interdecilbereich P 10-90 verwendet.

C . E r g e b n i s s e

I. Die Suizidversuche

1. Häufigkeit der Suizidversuche:

Von allen 835 Patienten, die 1976 aus der Psychiatrischen Universitätsklinik München entlassen wurden und in der Stadt München wohnhaft waren, machten innerhalb des 1. Jahres nach der Entlassung 40 Patienten - das sind 4,8% - mindestens einen Suizidversuch(nicht-letal) durch Vergiftung und wurden deshalb zur Entgiftung in eines der 16 überprüften Krankenhäuser Münchens und Umgebung eingeliefert. Patienten, die wegen einer Vergiftung nicht in eine Klinik kamen, konnten somit nicht erfaßt werden. Wie hoch diese Dunkelziffer bei der untersuchten Patientenpopulation ist, kann schwer abgeschätzt werden.

Eine 66-jährige Patientin kam nach der Tableteneinnahme im Intoxikationsstadium IV nach Reed zwar noch zur Aufnahme auf eine Intensivstation, verstarb jedoch am nächsten Tag ohne vorher nochmals das Bewußtsein zu erlangen. Da es sich somit um Selbstmord handelt, wurde diese Patientin, wie in der Einleitung begründet, bei den Ergebnissen über die Suizidversuche(nicht-letal) nicht mitgerechnet.

Die 40 Patienten machten innerhalb des 1. Jahres insgesamt 52 Suizidversuche(nicht-letal). Es waren 19 Männer mit zusammen 25 Suizidversuchen, darunter 6 Männer mit je zwei Suizidversuchen, und 21 Frauen mit zusammen 27 Suizidversuchen, darunter 4 Frauen mit je zwei und eine Frau mit drei Suizidversuchen innerhalb des 1. Jahres.

Für 11 dieser 40 Patienten war der Suizidversuch nach der Klinikentlassung der erste Suizidversuch in ihrem Leben überhaupt (Erstsuiizidant), während 29 Patienten, also fast drei Viertel der 40 Patienten, schon früher mindestens einen Suizidversuch gemacht haben (Wiederholer). Für 13 dieser 29 Patienten war der vorangegangene Suizidversuch auch der entscheidende Grund für die vorangegangene stationär-psychiatrische Therapie in der Psychiatrischen Universitätsklinik.

Alle 11 Erstsuiizidanten machten im 1. Jahr nach der Klinikentlassung je einen Suizidversuch, die 29 Wiederholer dagegen machten 41 Suizidversuche im gleichen Zeitraum, darunter 10 Wiederholer mit je zwei und eine Wiederholerin mit drei Suizidversuchen. Damit machten im 1. Jahr nach der Klinikentlassung die 29 Wiederholer gegenüber den 11 Erstsuiizidanten signifikant gehäuft mehr als einen Suizidversuch ($\chi^2=4,01$).

2. Eingenommenes Gift:

Wie Tabelle 1 zeigt, wurden bei 39 Suizidversuchen (75%) nur eine Substanz eingenommen und bei 5 weiteren zwar zwei Substanzen, aber aus der gleichen Gruppe. Bei 7 Suizidversuchen (13,5%) waren mehrere Substanzen aus verschiedenen Gruppen beteiligt. Dabei gab es alle denkbaren Kombinationen.

In Spalte 1 der Tabelle 2 werden die verwendeten Substanzen im einzelnen aufgeführt, wobei mehrere zu einem Suizidversuch verwendeten Substanzen aus der gleichen Gruppe als einmal gezählt wurden. Alle Vergiftungen sind Tablettenintoxikationen. Nicht-medikamentöse Gifte, z.B. Säuren, Laugen, Putzmittel, oder giftige Gase wurden nicht verwendet. Nicht Neuroleptika oder Antidepressiva, sondern Schlafmittel wurden von den psychiatrischen Patienten zu den Suizidversuchen eingenommen. Schlafmittel machen 46% aller 63 eingenommenen Substanzen aus. Von den 52 Suizidversuchen sind 24 reine Schlafmittelvergiftungen, bei 5 weiteren Suizidversuchen wurden zusätzlich andere Substanzen verwendet.

Spalte 2 der Tabelle 2 zeigt, daß bei 15 von 52 Suizidversuchen Medikamente verwendet wurden, die zum gleichen

Zeitpunkt von Psychiatern zur Therapie verordnet waren, vorwiegend Neuroleptika, Lithium, Antidepressiva, Antiepileptika, Distraneurin und Antabus. In wie weit andere Medikamente, vor allem Schlafmittel und Tranquilizer, von nicht-psychiatrischen Ärzten verordnet waren, konnte nicht genau eruiert werden. Zwei Drittel der verwendeten Schlafmittel, vor allem die bromhaltigen, waren zum Zeitpunkt des Suizidversuchs rezeptfrei in Apotheken erhältlich. Die bromhaltigen Schlafmittel sind zwar inzwischen rezeptpflichtig, jedoch sind die häufig bei Suizidversuchen verwendeten Schlafmittel mit den bekannten Warennamen Dolestan, Betadorm, Halbmond unter dem gleichen Namen weiterhin rezeptfrei erhältlich, nur mit dem Unterschied, daß die pharmazeutischen Firmen die bromhaltigen Substanzen durch das rezeptfrei Diphenhydramin ersetzt haben.

Spalte 3 der Tabelle 2 zeigt, daß bei 20 von 52 Suizidversuchen Medikamente verwendet wurden, von denen laut Krankengeschichte, unabhängig von sonstigen psychiatrischen Diagnosen, Medikamentenabhängigkeit bestand. Diese 20 Suizidversuche wurden von nur 12 Patienten durchgeführt. Die Patienten, die im 1. Jahr nach der Klinikentlassung mehr als einen Suizidversuch gemacht haben, stammen signifikant gehäuft aus dieser Gruppe mit Medikamentenabhängigkeit laut Krankengeschichte ($\chi^2=6,11$). Dabei dreht es sich vorwiegend um Schlafmittelabhängigkeit.

Nur einer der 11 Erstsuiizidanten ist laut Krankengeschichte, zusätzlich zu anderen psychiatrischen Diagnosen Medikamentenabhängig (9%), bei den Wiederholern sind es 38%. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant ($\chi^2=1,93$).

Bei den Suizidversuchen der Erstsuiizidanten sind laut Tabelle 3 Schlafmittel zu 91% beteiligt, bei den Wiederholern zu 47,5%. Damit verwenden die Erstsuiizidanten bei den Suizidversuchen signifikant häufiger Schlafmittel als die Wiederholer ($\chi^2=4,97$).

Alle Wiederholer mit Medikamentenabhängigkeit laut Krankengeschichte benutzen bei den Suizidversuchen die Substanzen, von denen sie auch abhängig sind; Schlafmittel werden von ihnen zu 65% als Suizidmittel verwendet. Bei den Wiederholern ohne Medikamentenabhängigkeit werden Schlafmittel nur zu 29% als Suizidmittel benutzt. Dieser Unterschied in der Verwendung von

Schlafmitteln zum Suizidversuch ist statistisch knapp nicht signifikant ($\chi^2=3,61$).

Die Erstsuzidanten waren zum Zeitpunkt des Suizidversuchs zu 82% in ambulanter psychiatrischer Betreuung, die Wiederholer mit Medikamentenabhängigkeit zu 50% und die Wiederholer ohne Medikamentenabhängigkeit zu 82%; die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant.

Erstsuzidanten und Wiederholer nahmen zum Suizidversuch mit je 25% gleich häufig Substanzen ein, die zum Zeitpunkt des Suizidversuchs von einem Psychiater zur Therapie verschrieben waren.

3. Die suizidale Absicht und die Intoxikationsstufe:

Bei allen 52 Suizidversuchen wurde in den Krankenhäusern ein Psychiater hinzugezogen, der mit dem Patienten mindestens ein Gespräch führte und darüber Unterlagen in den Krankengeschichten hinterließ. Darauf basierend kann eine Bewertung der Suizidversuche bezüglich der Ernsthaftigkeit der suizidalen Absicht nur mit Schwierigkeiten durchgeführt werden: Bei keiner Vergiftung ergaben sich Hinweise, daß sie unbeabsichtigt oder vorgetäuscht war. Bei drei (6%) der 52 Suizidversuche stand der Wunsch abschalten zu können entscheidend im Vordergrund. Sie entsprechen Lungershausens(1968) Sonderform der Arzneimittelintoxikation, dem "Tod auf Zeit", oder Feuerleins(1971) "parasuizidaler Pause". Bei allen übrigen 49 Suizidversuchen gaben die Patienten klar den Wunsch an zu sterben. Die folgende Einteilung entspricht etwa der von Stengel(1969): Vier Suizidversuche (8%) hatten vorwiegend demonstrativ-manipulativen Charakter mit geringem Wunsch zu sterben, 41 Suizidversuche (78%) waren ambivalent, das heißt, die Patienten wollten in überzeugter Absicht sterben, ließen den Ausgang des Suizidversuchs aber doch offen, vier Suizidversuche (8%) waren ausgesprochen ernst und entschlossen. Keine Unterschiede in der suizidalen Absicht zeigten sich im Vergleich der Männer zu den Frauen, der Psychotiker zu den Nicht-Psychotikern und der Erstsuzidanten zu den Wiederholern.

Für die Beurteilung des Schweregrades der 52 Tablettenintoxikationen wird das Schema für Schlafmittelvergiftungen von Reed angewendet, dargestellt von Clarmann(1968). Dabei erfolgte die Zuordnung bei zwei Drittel der Intoxikationen, darunter allen schweren, bereits durch die jeweiligen Krankenhausärzte, beim restlichen Drittel durch den Autor. Die gefundenen Intoxikationsstufen der 52 Suizidversuche zeigen Tabelle 4 und Graphik 1.

Bei beiden Geschlechtern kommen Intoxikationsstufen von 0 bis IV vor, der Median liegt bei beiden Geschlechtern bei Stufe I. 81% aller Suizidversuche haben leichte Intoxikationsstufen 0 bis II-III. Das leichte graphische Überwiegen der Frauen bei den leichten Intoxikationsstufen mit 85% gegenüber den Männern mit 76% ist statistisch bei weitem nicht signifikant (Fisher $p=0,19$). Somit überwiegen bei beiden Geschlechtern nicht die schweren, sondern die leichten Vergiftungen. Die mittlere Intoxikationsstufe(Median) liegt bei Psychosen bei I-II, darunter bei den Affektiven Psychosen bei II, und bei den Nicht-Psychosen bei I. Diese Unterschiede sind aber statistisch nicht signifikant. Die mittlere Intoxikationsstufe(Median) bei Erstsuzidanten liegt bei II, bei Wiederholern bei I. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,10$).

4. Alkoholbeteiligung bei den Suizidversuchen:

Aus Tabelle 5 ist ersichtlich, daß bei mindestens der Hälfte der Suizidversuche zusätzlich Alkohol eingenommen wurde. Graphisch haben die Männer mit 61% häufiger Alkohol zum Suizidversuch mit eingenommen als die Frauen mit 33%, der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant ($\chi^2=2,00$). Bei der Hälfte der untersuchten 40 Patienten besteht laut Krankengeschichte, neben sonstigen psychiatrischen Diagnosen, eine Form von Alkoholismus. Diese 20 Patienten haben im 1.Jahr nach der Klinikentlassung 27 Suizidversuche gemacht, davon 24 mit Alkoholbeteiligung, bei 3 Suizidversuchen ist es unbekannt. Die 20 Nicht-Alkoholiker machten 25 Suizidversuche, davon mindestens 15 ohne Alkoholbeteiligung. Die Patienten mit Alkoholismus haben bei min-

destens 90% der Suizidversuche Alkohol mit eingenommen, die Nicht-Alkoholiker dagegen nur bei 8%. Selbst wenn man alle 8 Suizidversuche der Nicht-Alkoholiker aus der Gruppe "Unbekannt" in die Gruppe "Alkohol am Suizidversuch beteiligt" einreihen würde, eigentlich eine unwahrscheinliche Annahme, so wäre bei den Alkoholikern trotzdem hochsignifikant häufiger Alkohol beim Suizidversuch beteiligt als bei den Nicht-Alkoholikern ($\chi^2=11,63$).

Bei den Erstsuzidanten war bei mindestens 45% der Suizidversuche Alkohol beteiligt, bei den Wiederholern bei mindestens 51%, der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant.

5. Ort der Durchführung und Entdeckung der Suizidversuche:

In Tabelle 6, Ort der Suizidversuche, ist leider die Gruppe "Unbekannt" mit 34% recht groß. Sicher ist, daß mindestens 28 (54%) der 52 Suizidversuche in der eigenen Wohnung durchgeführt wurden, 2 Suizidversuche in einer anderen Wohnung und je ein Suizidversuch am Arbeitsplatz, im Gefängnis, in der Nachtlinik und auf der Straße. Auf Grund zusätzlicher Angaben, z.B. seltene Einweisung durch Polizei, Identität und Adresse des Patienten immer von Anfang an bekannt, ist anzunehmen, daß sich die Gruppe "Unbekannt" nicht wesentlich vom Rest unterscheidet. Werden zur Berechnung der prozentualen Häufigkeiten nur die Angaben der 34 bekannten Suizidversuche verwendet, so ergeben sich folgende Zahlen: Eigene Wohnung 82%, andere Wohnung 6%, Arbeitsplatz 3%, Gefängnis 3%, Nachtlinik 3%, Straße 3%.

Auch in Tabelle 7, Entdeckung der Suizidversuche, ist die Gruppe "Unbekannt" recht groß. Ähnlich wie oben gibt es jedoch keinen Anhalt, daß sich diese Gruppe wesentlich vom Rest unterscheidet. Sicher ist, daß die Patienten bei mindestens 21 (40%) der 52 Suizidversuche von nahestehenden Personen, Ehe- oder Intimpartner, Freunde, Eltern, und nur selten von anderen Personen gefunden wurden. Bei 6% der Suizidversuche leitete der Patient seine Rettung selbst ein. Vier Suizidversuche (8%) geschahen von vorne herein in Anwesenheit anderer Personen.

Die Tabellen 6 und 7 machen auch Angaben über die 17 alleine wohnenden Patienten, die im 1. Jahr nach der Klinik-entlassung 23 Suizidversuche machten, davon mindestens 12 Suizidversuche (52%) in der eigenen Wohnung. Bei mindestens 10 Suizidversuchen (44%) wurden diese alleine wohnenden Patienten von nahestehenden Personen gefunden. Bezüglich Ort der Durchführung und Entdeckung der Suizidversuche gibt es zwischen den alleine und nicht alleine wohnenden Patienten keine Unterschiede.

Bei einer anderen Subgruppe, bestehend aus 15 Patienten, die wegen Konflikten mit Ehe- oder Intimpartner, Eltern oder Freunde 17 Suizidversuche durchführte und sich zu einem Drittel mit der vorhergehenden Subgruppe überschneidet, wurden die Patienten, laut Tabelle 8, bei mindestens 8 Suizidversuchen (47%) von der am Konflikt beteiligten Person und bei weiteren 4 Suizidversuchen (24%) von anderen nahestehenden Personen gefunden, zusammen also 71%. Bei Suizidversuchen wegen anderer Motive wurden die Patienten nur zu 26% von nahestehenden Personen entdeckt. Im Vergleich zu Patienten mit anderen Suizidmotiven werden die Patienten mit dem Motiv "Konflikt mit nahestehenden Personen" statistisch signifikant häufiger von nahestehenden Personen entdeckt, vor allem von der am Konflikt beteiligten Person, obwohl diese Patienten nur bei 3 der 17 Suizidversuche mit der Person zusammen waren oder wohnten, von der sie entdeckt wurden ($\chi^2=6,35$).

Bei den Erstsuiizidanten wurden die Suizidversuche zu 73% in der eigenen Wohnung durchgeführt, bei den Wiederholern zu 49%. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,10$). Die Erstsuiizidanten wurden zu 55% von nahestehenden Personen entdeckt, die Wiederholer zu 37%. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,24$).

6. Einlieferung ins Krankenhaus nach den Suizidversuchen:

Tabelle 9 zeigt, daß bei mindestens 41 (79%) der 52 Suizidversuche der Patient mit einem Kranken- oder Notarztwagen zur Entgiftung ins Krankenhaus gebracht wurde. Ein Patient kam selbst zum Krankenhaus, einer kam durch die Polizei. Obwohl die Intoxikationen leicht waren (Tabelle 4), wurden die meisten

Patienten mit dem organisatorisch naheliegenden und schnellsten Transportmittel zur Entgiftung eingeliefert. Da die psychiatrischen Kliniken Münchens für die Entgiftung keine eigenen Intensivstationen haben, erfolgte die Einweisung nur bei einem Suizidversuch direkt in die psychiatrische Klinik, bei den restlichen in eines der Allgemeinkrankenhäuser Münchens und Umgebung. Zwischen Erstsuiizidanten und Wiederholer gibt es keine Unterschiede.

7. Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und Krankenhausaufnahme:

Beim zeitlichen Abstand zwischen Suizidversuch und Krankenhausaufnahme beträgt der Median, laut Tabelle 10, vier Stunden, der Interdecilbereich P 10-90 eine bis 18 Stunden. Bei 80% der Suizidversuche erfolgte die Krankenhausaufnahme innerhalb von 12 Stunden. Die Männer mit einem Median von 4 Stunden und die Frauen mit einem von 3 Stunden, die Subgruppe der 17 alleine wohnenden Patienten mit einem Median von 4 Stunden, sowie die Erstsuiizidanten und Wiederholer mit ebenfalls einem Median von 4 Stunden weichen diesbezüglich nicht voneinander ab.

8. Zeitpunkt der Suizidversuche:

Da bei einem großen Teil der Krankengeschichten zwar noch vermerkt war, vor wievielen Stunden die Tabletteneinnahme erfolgte, jedoch oft entweder die Uhrzeit der Krankenhausaufnahme oder die der Tabletteneinnahme fehlte, konnte nicht festgestellt werden, ob die Suizidversuche zu bestimmten Tages- oder Nachtzeiten bevorzugt durchgeführt wurden.

Graphik 2 zeigt die Verteilung der Suizidversuche auf die einzelnen Wochentage. Graphisch zeigt sich eine überdurchschnittliche Häufigkeit an Montagen und eine unterdurchschnittliche an Sonntagen, jedoch besteht bei weitem keine statistische Signifikanz ($\chi^2=3,19$; $df=6$; $p>0,05$) Die Suizidversuche sind damit auf alle Wochentage statistisch gleichverteilt. Zwischen Erstsuiizidanten und Wiederholer gibt es im Wochentag keinen Unterschied.

Graphik 3 zeigt die Verteilung der Suizidversuche auf die einzelnen Monate. Graphisch zeigt sich eine überdurchschnittliche Häufigkeit im Dezember und eine unterdurchschnittliche im Juli, jedoch sind die Häufungen bei weitem nicht signifikant ($\chi^2=4,75$; $df=11$; $p>0,05$). Damit sind die Suizidversuche auf alle Monate und auch Jahreszeiten statistisch gleichverteilt. Von den 7 Suizidversuchen im Dezember fanden einer an Weihnachten und zwei an Sylvester statt. Die Suizidversuche der Erstsuzidanten fanden gegenüber den Wiederholern hochsignifikant gehäuft in den ersten 6 Monaten des Jahres statt (Fisher $p=0,003$).

9. Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie, sowie letztem vorangegangenen Suizidversuch:

Wie Tabelle 11 und Graphik 4 zeigen, wird fast die Hälfte der Suizidversuche (44%) des 1.Jahres nach der Klinikentlassung gleich innerhalb der ersten 3 Monate nach Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie in der Psychiatrischen Universitätsklinik München begangen. Diese Häufung ist statistisch signifikant ($\chi^2=10,92$; $df=3$; $p<0,05$). Der mittlere zeitliche Abstand(Median) beträgt 20 Wochen. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Männern mit Median 19 Wochen und Frauen mit Median 23 Wochen besteht bei weitem nicht.

Ein Teil der Patienten war zwischen der Entlassung aus der Psychiatrischen Universitätsklinik und dem Suizidversuch noch in einer anderen psychiatrischen Klinik Münchens und Umgebung zur stationär-psychiatrischen Therapie, so im Bezirkskrankenhaus Haar, im Max-Planck-Institut für Psychiatrie oder in der Privat-Nervenklinik Gauting. Wird nun der zeitliche Abstand zwischen der letzten Entlassung aus jedmöglicher psychiatrischer Klinik Münchens und Umgebung und dem Suizidversuch nach Klinikentlassung errechnet, so ergibt sich ein noch schärferes Bild (Tabelle 12 und Graphik 5): Mehr als die Hälfte (56%) der 52 Suizidversuche im 1.Jahr nach der Klinikentlassung fand innerhalb der ersten 3 Monate nach der Entlassung statt. Der mittlere zeitliche Abstand(Median) beträgt nur noch 10 Wochen. Ein sta-

tistisch signifikanter Unterschied zwischen Männer mit Median 12 Wochen und Frauen mit Median 10 Wochen besteht bei weitem nicht. Ein hochsignifikant erhöhtes Risiko für Suizidversuche besteht in den ersten 6 Wochen nach der Klinikentlassung ($\chi^2=29,23$; $df=7$; $p<0,01$). In diesem kurzen Zeitraum fand ein Drittel aller Suizidversuche des 1. Jahres statt; in der 1. und 2. Woche je vier Suizidversuche, in der 3. und 4. Woche je ein Suizidversuch, in der 5. Woche 6 Suizidversuche und in der 6. Woche ein Suizidversuch.

Der mittlere zeitliche Abstand(Median) zwischen Entlassung aus jedmöglicher psychiatrischer Klinik Münchens und Umgebung und folgendem Suizidversuch beträgt bei den 11 Erstsui- zidanten 8 Wochen, bei den 29 Wiederholern 13 Wochen. Der Unter- schied ist aber statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,10$). Bei den 13 Wiederholer, die 1976 wegen eines Suizidversuchs, und die 16 Wiederholer, die aus anderen Gründen in der Psychiatrischen Universitätsklinik in stationär-psychiatrischer Therapie waren, ist der mittlere zeitliche Abstand(Median) zwischen Entlassung und Suizidversuch ebenfalls nur graphisch verschieden; 9 Wochen gegenüber 13 Wochen.

Den zeitlichen Abstand zwischen Suizidversuch nach der Klinikentlassung und letztem vorangegangenen Suizidver- such bei den 29 Wiederholern unter den 40 Patienten zeigen Tabel- le 13 und Graphik 6. Der Interdecilbereich beträgt 2 Monate bis 10 Jahre, der mittlere zeitliche Abstand(Median) 1 Jahr. In 75% der Fälle war der letzte Suizidversuch nur innerhalb der letzten 2 vorangegangenen Jahre.

10. Motiv der Suizidversuche:

Getrennt nach Geschlechtern zeigt Tabelle 14 die Motive der 52 Suizidversuche. Mit 35% ist das häufigste Motiv "Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen" (Gruppe 1-5), vor allem mit Ehe- oder Intimpartner. Bei mindestens 6 der 13 Suizid- versuche wegen Konflikt mit Ehe- oder Intimpartner war die Tren- nung bevorstehend, ein weiterer Suizidversuch geschah, weil der Patient die Scheidung nicht überwinden konnte. Beim Motiv "Kon- flikte in zwischenmenschlichen Beziehungen" überwiegen mit 2:1

die Frauen, jedoch ist der Unterschied statistisch nicht signifikant. Beim gleichen Motiv "Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen" (Gruppe 1-5) überwiegen statistisch signifikant die Nicht-Psychotiker gegenüber den Psychotikern ($X^2=4,11$).

Das zweit häufigste Motiv ist mit 21% das der "Persönlichen Schwierigkeiten", das nicht immer ganz scharf von den Motiven "Einsamkeit, Trennung" (4%), "Psychotische Affektstörungen" (8%) und "Chronisch körperliche Erkrankungen" (2%) abgrenzbar ist. Bei diesen Motiven (Gruppe 6-9) sind beide Geschlechter statistisch gleichverteilt; das gleiche gilt für Psychotiker gegenüber Nicht-Psychotikern, dabei selbstverständlich mit Ausnahme des Motivs "Psychotische Affektstörungen".

Weitere Motive sind Probleme des Patienten in seinem sozialen Umfeld: "Finanzielle und soziale Probleme" mit 11%, mit auffälligen 6% "Probleme des Patienten wegen der psychiatrischen Therapie" und mit 2% "Straftaten". Auch bei diesen Motiven (Gruppe 10-12) sind beide Geschlechter, sowie Psychotiker gegenüber Nicht-Psychotiker statistisch gleichverteilt.

In den Anmerkungen zur Tabelle 14 sind einzelne Äußerungen der Patienten genauer aufgeführt. Bei den zehn Patienten mit Schizophrenie, paranoidem Syndrom oder akuter paranoider Reaktion haben zum Zeitpunkt des Suizidversuchs nur zwei Patienten psychotische Ereignisse, davon ein Patient Beeinflussungserlebnisse von außen. Bei den sechs Patienten mit affektiver Psychose oder reaktiver depressiver Psychose machten zwei Patienten den Suizidversuch während einer tiefen, depressiven Phase, die verbleibenden vier Patienten waren zum Zeitpunkt des Suizidversuchs nicht in einer solchen Phase, und klare, reaktive Momente standen im Vordergrund.

In den Motiven für die Suizidversuche gibt es keine Unterschiede zwischen Erstsuzidanten und Wiederholern.

II. Die Patienten

1. Geschlecht:

Wie erwähnt wurden 1976 insgesamt 835 Patienten der Stadt München aus stationär-psychiatrischer Therapie in der Psychiatrischen Universitätsklinik München entlassen. Von diesen begingen innerhalb des 1. Jahres nach der Klinikentlassung 40 Patienten (4,8%) mindestens einen Suizidversuch. Wie Tabelle 15a zeigt, sind es 19 von 357 Männer und 21 von 478 Frauen. Prozentual machen 5,3% der Männer und 4,4% der Frauen mindestens einen Suizidversuch innerhalb des 1. Jahres nach der Klinikentlassung, jedoch ist dieser Unterschied in den Geschlechtern bei weitem nicht signifikant (Fisher $p=0,10$). Damit sind beide Geschlechter statistisch gleichverteilt, auch wenn die Männer graphisch gering überwiegen.

Die Tabelle 15b zeigt, daß unter den Erstsuizidanten und Wiederholern beide Geschlechter statistisch gleichverteilt sind (Fisher $p=0,24$).

2. Alter:

Graphik 7 zeigt für männliche und Graphik 8 für weibliche Patienten jeweils im oberen Teil die Anzahl und relative Häufigkeit der Patienten mit Suizidversuch und im unteren Teil die der Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung. Das Alter der Männer mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung reicht von 19 bis 63 Jahre mit einem Median von 33 Jahren, das Alter der Männer ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung von 15 bis 80 Jahre mit einem Median von 35 Jahren. Damit gibt es in der Altersverteilung der Männer mit und ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung keinen statistisch signifikanten Unterschied.

Das Alter der Frauen mit Suizidversuch nach

der Klinikentlassung reicht von 19 bis 72 Jahre mit einem Median von 32 Jahren, das Alter der Frauen ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung von 15 bis 80 Jahre mit einem Median von 40 Jahren. Damit sind die Frauen mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung signifikant jünger als die Frauen ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung ($\chi^2=6,51$). Bei den Frauen hat die Altersgruppe der unter 40-jährigen mit 6,7% eine statistisch signifikant erhöhte Suizidversuchshäufigkeit (Fisher $p=0,005$), die Altersgruppe der 40- bis 60-jährigen mit 0,8% eine statistisch signifikant erniedrigte Suizidversuchshäufigkeit (Fisher $p=0,009$) und die Altersgruppe der über 60-jährigen Frauen liegt mit einer Suizidversuchshäufigkeit nach der Klinikentlassung von 3,1% graphisch, aber nicht statistisch signifikant unter der durchschnittlichen Suizidversuchshäufigkeit von 4,4% für alle 478 Frauen (Fisher $p=0,19$).

Der Altersmedian der Erstsuiizidanten beträgt bei den Frauen 33 Jahre und bei den Männern 35 Jahre, der der Wiederholer für beide Geschlechter 30 Jahre, doch ist der Unterschied zwischen Erstsuiizidanten und Wiederholer statistisch bei weitem nicht signifikant (Fisher $p=0,24$).

3. Psychiatrische Diagnose:

a. Patienten mit und ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung:

Die Einteilung der psychiatrischen Diagnosen erfolgte nach der deutschen Ausgabe der von der Weltgesundheitsbehörde WHO erstellten "International Classification of Diseases", herausgegeben von Degkwitz et al(1975). Etwa 70% der psychiatrischen Patienten in der Psychiatrischen Universitätsklinik München erhielten eine psychiatrische Diagnose, 20% zwei Diagnosen und 10% drei Diagnosen. Bei den Patienten mit mehreren Diagnosen entspricht die Reihenfolge meistens der Gewichtigkeit der einzelnen Diagnosen, jedoch nicht immer mit Sicherheit. Der Autor hat deshalb bei der Erstellung der Tabellen 16 und 17 noch eine zusätzliche Gewichtung durchgeführt: Er erhob die Diagno-

sen "Psychose"(ICD 290-299) und "Körperlich begründbare, nicht-psychotische, psychische Störung"(ICD 309) in den Fällen zur Erstdiagnose, in denen sie nur Zweit- oder Drittdiagnose waren. Zweitens erhob der Autor in den Fällen jede Zweitdiagnose zur Erstdiagnose, in denen die Erstdiagnose "Alkoholrausch"(ICD 291.4) war. Bei anderen Alkoholpsychosen als Erstdiagnose wurde keine Änderung der Diagnosenreihenfolge durchgeführt. Diese zwei vom Autor durchgeführten Gewichtungen der einzelnen Diagnosen fanden nur bei 2% aller 835 Patienten statt.

Tabelle 16 zeigt die Erst-, Zweit- und Drittdiagnosen der 40 Patienten, die im 1.Jahr nach der Klinikentlassung mindestens einen Suizidversuch machten. Tabelle 17 faßt die Erstdiagnosen in Gruppen zusammen und stellt die 40 Patienten mit Suizidversuch den 795 Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung gegenüber. Alle Psychosen, außer Alkoholrausch, werden in 4 Gruppen eingeteilt, die Nicht-Psychosen, fast identisch mit der WHO-Einteilung, in 7 Gruppen.

Da in der Gruppe "Alkoholpsychosen"(ICD 291), ohne Alkoholrausch, nur ein Patient mit alkoholischem Korsakow-Syndrom ist und 27 Patienten mit Delirium tremens oder Alkohol-Halluzinose, fast immer mit der Zweitdiagnose "Alkoholismus", wird diese Gruppe der Alkoholpsychosen bei der statistischen Auswertung nicht bei den Psychosen mitgezählt, sondern bei den Nicht-Psychosen, zusammen mit der Gruppe "Alkoholismus"(ICD 303). Umgekehrt wird die Gruppe der 28 Patienten mit "Körperlich begründbaren, nicht-psychotischen, psychischen Störungen"(ICD 309), ebenso die 2 Patienten mit "Oligophrenie"(ICD 310-315) bei der statistischen Auswertung zusammen mit den "Psychosen" verrechnet. Dabei zeigt sich, daß gerade die Patienten mit Nicht-Psychosen, einschließlich Alkoholpsychosen, im 1.Jahr nach der Klinikentlassung mit 7,3% signifikant häufiger mindestens einen Suizidversuch machten als mit 3,3% die Patienten mit Psychosen, ohne Alkoholpsychose, aber einschließlich körperlich begründbarer, nicht-psychotischer, psychischer Störungen und Oligophrenie ($\chi^2=5,96$).

Die 229 Patienten der Gruppe 1a - Schizophrenie, paranoide Syndrome und akute, paranoide Reaktion - haben mit 4,4% keine statistisch signifikant vom Durchschnitt aller Patien-

ten abweichende Suizidversuchshäufigkeit nach der Klinikentlassung (Fisher $p=0,14$).

Die 191 Patienten der Gruppe 1b - Affektive Psychosen, reaktive, depressive Psychose - haben mit 3,1% nur graphisch eine etwas erniedrigte Suizidversuchshäufigkeit. Eine statistisch signifikante Abweichung ist nicht gegeben (Fisher $p=0,08$).

Von den 68 Patienten der Gruppe 1c - Organische Psychosen - hat niemand einen Suizidversuch nach der Klinikentlassung gemacht. Die Nullprozenthäufigkeit weicht kanpp nicht signifikant vom Durchschnitt aller Patienten ab (Fisher $p=0,03$).

Die Suizidversuchsrate der 28 Patienten der Gruppe 2 - Körperlich begründbare, nicht psychotische, psychische Störung - weicht mit 3,6% nicht signifikant vom Durchschnitt ab (Fisher $p=0,36$).

Die Suizidversuchsrate der 119 Patienten der Gruppe 4a - Neurosen - weicht mit 4,2% nicht signifikant vom Durchschnitt ab (Fisher $p=0,18$). Die 70 Patienten mit "depressiver Neurose" (ICD 300.4) haben mit 7,1% eine graphisch erhöhte Suizidversuchshäufigkeit nach der Klinikentlassung, jedoch ist sie statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,10$). Kein Suizidversuch nach der Klinikentlassung findet sich bei Angstneurose (ICD 300.0), Zwangsneurose (ICD 300.3) und hypochondrischer Neurose (ICD 300.7).

Die 48 Patienten der Gruppe 4b - Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) - haben mit 10,4% eine sehr hohe Suizidversuchsrate, jedoch ist diese Erhöhung statistisch noch nicht signifikant (Fisher $p=0,04$). Die 6 Patienten mit "depressiver Persönlichkeit" (ICD 301.1) haben mit 33% eine statistisch signifikant erhöhte Suizidversuchshäufigkeit (Fisher $p=0,006$). Die 77 Patienten mit "depressiver Neurose" oder "depressiver Persönlichkeit" haben mit 9,1% eine recht hohe Suizidversuchshäufigkeit nach der Klinikentlassung, jedoch ist sie statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,04$). Die 11 Patienten mit "hysterischer Persönlichkeit" (ICD 301.5) haben mit 18% ebenfalls eine graphisch, aber statistisch nicht signifikant erhöhte Suizidversuchshäufigkeit (Fisher $p=0,06$). Werden die 15 Patienten mit

der Erstdiagnose "depressive Neurose" oder "depressive Persönlichkeit" und der Zweit- oder Drittdiagnose "hysterische Neurose" oder "hysterische Persönlichkeit", sowie die Patienten mit der umgekehrten Diagnosenreihenfolge, zu einer Gruppe zusammengefaßt, so haben diese mit 33% eine hochsignifikant erhöhte Suizidversuchsrate nach der Klinikentlassung (Fisher $p=0,0004$). Auch wenn aus dieser Gruppe die Patienten mit Alkoholismus als Zweit- oder Drittdiagnose herausgenommen werden, bleibt die Suizidversuchshäufigkeit mit 31% hochsignifikant erhöht (Fisher $p=0,002$). Bei den nicht-psychotischen Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung ergibt sich bezüglich Depression und Hysterie, daß nur "depressive Persönlichkeit" statistisch signifikant und "depressive Neurose" nur graphisch gehäuft ist und daß "hysterische Persönlichkeit" ohne Zusatzbedingungen nur graphisch erhöht ist, Hysterie (hysterische Neurose und hysterische Persönlichkeit) aber als Doppeldiagnose mit "depressiver Neurose" oder "depressiver Persönlichkeit" statistisch hochsignifikant gehäuft ist.

Im Folgenden wird die Gruppe 4c - Alkoholismus - zusammen mit der Gruppe 1d - Alkoholpsychosen - wie eingangs begründet, verrechnet. Acht von diesen 79 Patienten, das sind 10,1%, haben im ersten Jahr nach der Klinikentlassung mindestens einen Suizidversuch gemacht. Diese Erhöhung der Suizidversuchshäufigkeit bei den Erstdiagnosen "Alkoholismus" oder "Alkoholpsychose" ist statistisch signifikant (Fisher $p=0,018$). Die 34 Patienten mit allen Erstdiagnosen außer "Alkoholismus" und "Alkoholismus" als Zweit- oder Drittdiagnose haben mit 17,6% eine hochsignifikant erhöhte Suizidversuchshäufigkeit nach der Klinikentlassung (Fisher $p=0,002$). Die Erstdiagnosen sind hierbei meistens "depressive Neurose", "depressive Persönlichkeit", "Medikamentenabhängigkeit" und "Psychosen".

Die 42 Patienten der Gruppe 4d - Medikamentenabhängigkeit - haben mit 11,9% eine graphisch stark erhöhte Suizidversuchsrate nach der Klinikentlassung, jedoch wird die für den exakten Fisher-Test vorgewählte Signifikanzschwelle von $p=0,025$ (grenzt nur einseitig ab) mit $p=0,032$ knapp verfehlt. Patienten mit der Erstdiagnose "Medikamentenabhängigkeit" und der Zweit- oder Drittdiagnose "hysterische Neurose" oder "hyste-

rische Persönlichkeit" haben mit 40% eine signifikant erhöhte Suizidversuchshäufigkeit (Fisher $p=0,019$). Patienten mit der Erstdiagnose "Medikamentenabhängigkeit" und der Zweit- oder Drittdiagnose "Alkoholismus" haben mit 40% ebenfalls eine signifikant erhöhte Suizidversuchshäufigkeit (Fisher $p=0,019$). Umgekehrt haben Patienten mit "Alkoholismus" als Erstdiagnose und "Medikamentenabhängigkeit" als Zweit- oder Drittdiagnose mit 50% eine hochsignifikant erhöhte Suizidversuchshäufigkeit nach der Klinikentlassung (Fisher $p=0,0122$).

b. Patienten mit einem und mehreren Suizidversuchen nach der Klinikentlassung:

Von den 518 Patienten mit der Erstdiagnose "Psychose", "Körperlich begründbare, nicht-psychotische, psychische Störung" oder "Oligophrenie" machten im 1. Jahr nach der Klinikentlassung 13 Patienten je einen und 4 Patienten je zwei Suizidversuche, von den 317 Patienten mit der Erstdiagnose einer Nicht-Psychose, einschließlich Alkoholpsychose, machten im 1. Jahr nach der Klinikentlassung 16 Patienten je einen, 6 Patienten je zwei und eine Patientin drei Suizidversuche. Den Zahlen der Tabelle 18 weiter folgend machten unter den Patienten mit Psychosen und Suizidversuch nach der Klinikentlassung 23,5% mehrere Suizidversuche, bei den Nicht-Psychosen sind es 30,4%. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,25$).

c. Patienten als Erstsuiizidanten und Wiederholer nach der Klinikentlassung:

Tabelle 19 zeigt die psychiatrische Erstdiagnose für Erstsuiizidanten und Wiederholer. Dabei ergibt sich, daß die Wiederholer mit 69% statistisch signifikant gehäuft Nicht-Psychotiker sind, im Gegensatz zu nur 27% Nicht-Psychotikern bei den Erstsuiizidanten (Fisher $p=0,019$). Von den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung waren alle mit der Erstdiagnose "depressive Persönlichkeit", "hyste-

rische Persönlichkeit", "Alkoholismus", 4 von 5 Patienten mit "Medikamentenabhängigkeit" und 4 von 5 Patienten mit "depressiver Neurose" unter den 29 Wiederholern. Bei 13 der 29 Wiederholer war der letzte vorausgegangene Suizidversuch gleichzeitig der Grund zur Aufnahme in die Psychiatrische Universitätsklinik 1976. Ein Drittel der 40 Patienten sind somit direkte Suizidversuch-"Rückfälle". Bei den restlichen 16 Wiederholern war der frühere Suizidversuch nicht direkter Grund zur Einweisung in stationär-psychiatrische Therapie 1976.

Tabelle 20 zeigt, daß 72% der 29 Wiederholer nicht nur einen, sondern mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte haben. Bei den Mehrfachwiederholern (drei und mehr Suizidversuche in der Vorgeschichte) überwiegen die Nicht-Psychotiker graphisch 10:1, jedoch statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,05$). Die beiden Geschlechter sind bei den Mehrfachwiederholern statistisch gleichverteilt.

4. Dauer der psychiatrischen Erkrankung und Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufenthalte:

Tabelle 21 zeigt die Dauer der psychiatrischen Erkrankung bei den 40 Patienten, die nach der Klinikentlassung mindestens einen Suizidversuch durchführten. Der Interdecilbereich P 10-90 umfaßt 2 bis 18 Jahre. Die mittlere Erkrankungsdauer(Median) beträgt bei den Frauen 6 Jahre, bei den Männern 8 Jahre, jedoch ist der Unterschied statistisch keineswegs signifikant. Bei den Erstsuzidanten beträgt die mittlere Erkrankungsdauer(Median) 5 Jahre, bei den Wiederholern 8 Jahre, der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,08$). Der Interdecilbereich ist für Erstsuzidanten mit 1 bis 14 Jahren geringer als mit 1 bis 20 Jahren bei den Wiederholern.

Tabelle 22 zeigt die Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufenthalte vor dem Suizidversuch, der innerhalb des 1.Jahres nach der Entlassung aus der Psychiatrischen Universitätsklinik 1976 durchgeführt wurde. Der Interdecilbereich beträgt bei Frauen 1 bis 14 stationär-psychiatrische

Aufenthalte, bei Männern 1 bis 16 Aufenthalte; im Mittel waren die Frauen 3 Mal, die Männer 2 Mal vor dem Suizidversuch in stationär-psychiatrischer Therapie. Ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Geschlechtern besteht nicht. Bei einem Drittel der 40 Patienten war die Entlassung 1976 die Entlassung aus der ersten stationär-psychiatrischen Therapie. Die Erstsuiizidanten waren im Mittel 2 Mal in stationär-psychiatrischer Therapie, die Wiederholer 3 Mal, der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,23$). Der Interdecilbereich ist für Erstsuiizidanten mit 1 bis 4 Aufenthalte wesentlich kleiner als für Wiederholer mit 1 bis 16 stationär-psychiatrische Aufenthalte.

Somit ist nur ein Teil der 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung chronisch psychisch krank, ein Teil ist erst seit kurzer Zeit manifest psychisch krank, und dazwischen liegt ein breites Spektrum.

5. Chronisch körperliche Erkrankungen:

Drei der 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung hatten chronisch körperliche Erkrankungen (7,5%), bei zwei Suizidversuchen spielten diese eine Rolle (4%). Altersentsprechende Erkrankungen wurden nicht berücksichtigt. Eine Patientin hatte eine Spastik nach Poliomyelitis; ihr Suizidversuch hatte andere Motive. Ein Patient hatte körperlich begründbare, nicht-psychotische, psychische Störungen, Krampfanfälle und Hemiparese nach einem Unfall; bei einem seiner zwei Suizidversuche im 1. Jahr nach der Klinikentlassung war diese körperliche Erkrankung eines von mehreren, wichtigen Momenten für den Suizidversuch. Eine ältere Patientin hatte eine Kyphoskoliose mit Operationskomplikationen; der damit zusammenhängende Rentenstreit war Motiv für den Suizidversuch.

6. Zerbrochene Familie in der Kindheit:

Der Begriff "Zerbrochene Familie" vom Englischen "Broken Home" wird in der Literatur nicht einheitlich definiert. In der vorliegenden Arbeit bedeutet er, in Übereinstimmung mit Greer(1964), daß Kinder - in diesem Fall die Patienten während ihrer Kindheit - in einer Familie aufgewachsen sind, in der ein oder beide Elternteile unfreiwillig für mindestens 12 Monate fehlte, sei es von Geburt des Kindes an, erst später durch Trennung der Eltern oder Tod eines Elternteiles. Tabelle 23 zeigt, daß ein Drittel der 40 Patienten schon innerhalb ihrer ersten 6 Lebensjahre in einer solchen "zerbrochenen Familie" aufgewachsen sind, innerhalb der ersten 14 Lebensjahre sogar fast die Hälfte der Patienten. Dieser Anteil ist enorm hoch, auch wenn der Vergleich mit den 795 Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung fehlt.

Laut Tabelle 24 sind von den 40 Patienten beachtliche 52% der Nicht-Psychotiker und 35% der Psychotiker innerhalb der ersten 14 Lebensjahre in einer "zerbrochenen Familie" aufgewachsen. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,17$).

7. Familienanamnese:

Auskunft über psychiatrische Erkrankungen in den Familien der 40 Patienten gibt Tabelle 25, über Selbstmord und Selbstmordversuche die Tabelle 26. Bei immerhin einem Viertel der Patienten werden in der Familienanamnese zum Teil schwerwiegende, psychische Erkrankungen erwähnt, und es ist sicherlich anzunehmen, daß in den Familien noch mehr als die angegebenen vorhanden waren, insbesondere nicht-psychotische Erkrankungen. Ähnlich dürfte es bei Selbstmord und Selbstmordversuch in der Familie sein, da dies oft verheimlicht wird.

Bei den 40 Patienten sind aus dem allernächsten Familienkreis drei Selbstmorde und ein Selbstmordversuch bekannt, zusammen 10%. Bei einer Patientin bestanden zwischen den eigenen Suizidversuchen und dem Selbstmord der Zwillinge-

schwester ganz offensichtliche Zusammenhänge. Die in der Tabelle 25 erwähnte Zwillingschwester mit Hebephrenie ist aber mit der in der Tabelle 26 nicht identisch.

Bei den Angaben in der Familienanamnese sind keine Unterschiede zwischen Erstsuiizidanten und Wiederholern.

8. Staatsangehörigkeit:

Die Graphik 9 zeigt den Vergleich zwischen den 40 Patienten mit Suizidversuch und den 795 Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung. Merkwürdigerweise zeigt sich, daß die Suizidversuchshäufigkeit bei den österreichischen Staatsangehörigen dieser in München wohnhaften, psychiatrischen Patienten hochsignifikant erhöht ist (Fisher $p=0,003$). Patienten aus sogenannten Gastarbeiter-Ländern (Türkei, Griechenland, Jugoslawien, Italien, Spanien, Portugal, Nordafrika) machten nach der Klinikentlassung keinen Suizidversuch, allerdings ist diese graphisch erniedrigte Häufigkeit statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,075$). Kein Unterschied zeigt sich zwischen Erstsuiizidanten und Wiederholern.

9. Religionszugehörigkeit:

Die Graphik 10 zeigt den Vergleich zwischen den 40 Patienten mit Suizidversuch und den 795 Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung. Es zeigt sich, daß die Patienten mit und ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung auf alle Religionsgemeinschaften und auf die Gruppe "Ohne Religion" statistisch gleichverteilt sind. Die geringen Abweichungen bei den Israeliten (Fisher $p=0,10$) und bei denen "Ohne Religion" (Fisher $p=0,10$) sind nicht signifikant. In der Religionszugehörigkeit gibt es keine Unterschiede zwischen Erstsuiizidanten und Wiederholern.

10. Familienstand:

In der Tabelle 27 wird von den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung der Familienstand und der Altersmedian der entsprechenden Familienstandsgruppe widergegeben. Leider fehlen hierzu den Daten der 795 Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung. Der Anteil der Ledigen unter den 40 Patienten fällt mit 57,5% ziemlich hoch aus. Der Altersmedian liegt, wie für Ledige zu erwarten, unter dem Durchschnitt aller 40 Patienten. Graphisch überwiegen bei den Ledigen die Frauen. Der Anteil der Verheirateten fällt ziemlich gering aus, der Altersmedian ist unauffällig. Es ist anzunehmen, daß der Anteil der Ledigen hier höher und der der Verheirateten niedriger ist als bei den 795 Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung.

Der Anteil der zwar verheirateten, aber getrennt lebenden, sowie der der geschiedenen Patienten ist mit zusammen 25% extrem hoch; der Altersmedian erscheint unauffällig. Eine ältere Patienten unter den 40 Patienten ist verwitwet.

Von den Erstsuiizidanten sind 36% verheiratet, von den Wiederholern nur 14%, jedoch ist der Unterschied statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,10$). Die verheirateten Erstsuiizidanten und Wiederholer leben gleich häufig mit dem Ehepartner zusammen oder sind getrennt. Keiner der 8 geschiedenen Patienten ist Erstsuiizidant, die Häufung der Wiederholer ist statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,04$).

11. Beruf, Erwerbstätigkeit und soziale Schicht:

In Tabelle 28a werden die 40 Patienten, weitgehend in Anlehnung an Böker(1973), nach Berufsgruppen und Geschlecht aufgegliedert. Die Geschlechtsverteilung bei den verschiedenen Berufen ist ohne Besonderheiten. Auffallend, neben dem hohen Anteil an Angestellten, der höher ist als der der Arbeiter und Handwerker zusammen, ist der der Pflegeberufe - zwei medizinisch-technische Assistentinnen nicht eingeschlossen -

und der aus dem Gastwirtsgewerbe.

Die Tabelle 28b weist die psychiatrische Erst-diagnose in den verschiedenen Berufsgruppen auf. Die Gruppen der Arbeiter, Handwerker und Angestellten unterscheiden sich in den Diagnosen nicht wesentlich. Zwei der drei Schüler haben Schizophrenie. Etwas auffallend sind die Diagnosen der fünf Hausfrauen: Manisch-depressive Psychose, reaktive depressive Psychose, depressive Neurose, depressive Persönlichkeit, Medikamentenabhängigkeit. Bei der Gruppe der Pflegeberufe ist bei niemand als Erst-, Zweit- oder Dritt-diagnose Medikamentenabhängigkeit bekannt. Bei der Gruppe aus dem Gastwirtsgewerbe fällt auf, daß alle Patienten als Erst-, Zweit- oder Dritt-diagnose Alkoholismus haben.

Die Tabelle 29 führt die Erwerbstätigkeit der 40 Patienten zum Zeitpunkt des Suizidversuchs auf. Werden Schüler, Hausfrauen und Rentner abgerechnet, so beträgt die Arbeitslosenquote 26,6%, ein enorm hoher Wert, selbst wenn man annehmen muß, daß im gleichen Zeitraum die Arbeitslosenquote unter den 795 Patienten ohne Suizidversuch noch über der der Normalbevölkerung von damals maximal 5% gelegen hat.

Die Tabelle 30 gibt die soziale Schicht der 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung wider. Die Einteilung erfolgte nach den Kriterien von Kockott et al (1970) nach dem Beruf: Zur Oberschicht zählen zum Beispiel Unternehmer, Akademiker in Führungspositionen, zur oberen Mittelschicht andere Akademiker und Selbständige, zur unteren Mittelschicht Facharbeiter und mittlere Angestellte, zur oberen Unterschicht Arbeiter und kleine Angestellte und zur unteren Unterschicht Gelegenheits- und Hilfsarbeiter. Es fällt auf, daß niemand von den 40 Patienten aus der Oberschicht und nur 5% aus der oberen Mittelschicht stammen. Ein geringer Trend zu unteren Sozialschichten ist insgesamt erkennbar, eine Dunkelziffer in oberen Sozialschichten nicht auszuschließen. Leider fehlen die Daten über die 795 Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung, jedoch ist durchaus anzunehmen, daß unter ihnen auch die höheren Sozialschichten vertreten sind, da es sich um eine Universitätsklinik einschließlich Privatstation handelt.

Bei Beruf, Erwerbstätigkeit, Arbeitslosenquote unter den Erwerbsfähigen und sozialer Schicht sind zwischen Erstsuzidanten und Wiederholern keine statistisch signifikanten Unterschiede. Lediglich graphisch kommen die Wiederholer etwas häufiger aus der Unterschicht als die Erstsuzidanten (Fisher $p=0,20$).

12. Wohnsituation:

Werden die 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung verglichen mit den 795 Patienten ohne Suizidversuch, so ergeben die Zahlen der Tabelle 31, daß 15,4% der Patienten ohne festen Wohnsitz bzw. im Obdachlosenasyll wohnend mindestens einen Suizidversuch nach der Klinikentlassung durchführten gegenüber 4,6% bei den Patienten mit festem Wohnsitz, jedoch ist der Unterschied nicht signifikant (Fisher $p=0,10$).

Die Tabelle 32 führt die Wohnsituation aller 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung auf. Auffallend groß ist die Gruppe der 17 alleine wohnenden Patienten (42,5%) und widerspiegelt damit den hohen Anteil an Ledigen, getrennt Lebenden und Geschiedenen; 10 Patienten sind ledig, 5 geschieden, einer lebt getrennt und eine Patientin ist verwitwet. Wie im Kapitel "Ort der Durchführung" schon erwähnt, machen auch die alleine wohnenden Patienten, wie die restlichen Patienten, ihre Suizidversuche vorwiegend in der eigenen Wohnung und werden ebenfalls häufig von nahestehenden Personen gefunden. Bei den 23 Suizidversuchen der 17 alleine wohnenden Patienten überwiegen, der Tabelle 33 folgend, gegenüber den nicht alleine wohnenden Patienten graphisch stark, aber statistisch nicht signifikant die Motive der "persönlichen Schwierigkeiten" ($\chi^2=2,40$). "Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen" sind in beiden Gruppen von fast gleich großer Bedeutung. "Einsamkeit" als Motiv ist unbedeutend.

Von den Erstsuzidanten wohnen nur 18% alleine, von den Wiederholern 52%, jedoch ist der Unterschied statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,05$).

Wird die Verteilung der 40 Patienten auf die verschiedenen Stadtteile Münchens betrachtet, so ergeben sich, nach Postbezirken geordnet, die Zahlen der Tabelle 34. Da die sich ergebenden Häufigkeiten weitgehend der Größe der entsprechenden Postbezirke entsprechen und die Psychiatrische Universitätsklinik bei der Neuaufnahme von Patienten bezüglich des Stadtteils, in dem der Patient wohnt, keine Selektion vornimmt, sind keine Anzeichen erkennbar, daß die Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung auf bestimmte Stadtteile Münchens konzentriert sind.

III. Psychiatrische Betreuung

nach der Klinikentlassung

1. Ambulante psychiatrische Betreuung zum Zeitpunkt der Suizidversuche:

In der Tabelle 35 wird gezeigt, daß beachtliche 29 der 40 Patienten, das sind 72,5%, zum Zeitpunkt des Suizidversuchs in psychiatrischer Betreuung waren. Ein Vergleich mit den 795 Patienten kann allerdings nicht durchgeführt werden, da es unmöglich war, über alle 795 Patienten in Erfahrung zu bringen, in welchem Umfang sie im 1. Jahr nach der Klinikentlassung noch in ambulanter psychiatrischer Betreuung waren.

Der Vergleich der 29 Patienten mit ambulanter psychiatrischer Betreuung und den 11 Patienten ohne diese Betreuung im 1. Jahr nach der Klinikentlassung, erbringt folgende Ergebnisse:

Zwei und mehr Suizidversuch im 1. Jahr nach der Klinikentlassung machten 7 der 29 Patienten mit psychiatrischer Betreuung und 4 der 11 Patienten ohne diese Betreuung. Damit besteht statistische Gleichverteilung (Fisher $p=0,22$).

Der mittlere zeitliche Abstand (Median) zwischen Entlassung aus der letzten der stationär-psychiatrischen Therapien und dem danach durchgeführten Suizidversuch beträgt bei den 29 Patienten mit ambulanter psychiatrischer Betreuung 10 Wochen, bei den 11 Patienten ohne diese Betreuung 12 Wochen, jedoch ist der Unterschied bei weitem nicht signifikant (Fisher $p=0,19$). Frauen sind unter den 40 Patienten genauso häufig mit oder ohne ambulante psychiatrische Betreuung wie die Männer.

Ein bedeutender Unterschied zwischen den Pa-

tienten mit und ohne ambulante psychiatrische Betreuung zeigt sich jedoch in Tabelle 35 bezüglich der Erstdiagnosen: Die Patienten mit "Psychose" oder "körperlich begründbarer, nicht-psychotischer, psychischer Störung" sind zum Zeitpunkt des Suizidversuchs signifikant häufiger in ambulanter psychiatrischer Betreuung als Patienten mit Nicht-Psychosen ($\chi^2=5,17$). Gerade aber die Patienten mit Nicht-Psychosen machen, wie sich in der vorliegenden Arbeit zeigte, häufiger Suizidversuche nach der Klinikentlassung als Patienten mit Psychosen. Daß bei 15 von 52 Suizidversuchen Medikamente benützt wurden, die zum Zeitpunkt des Suizidversuchs von einem Psychiater zur Therapie verordnet waren, wurde bereits ausgeführt. Daß dies vor allem Neuroleptika, Lithium, Antidepressiva, Antiepileptika, Distaneurin und Antabus waren, hängt wohl damit zusammen, daß gehäuft Patienten mit "Psychosen" und "körperlich begründbaren, psychischen Störungen" in ambulanter psychiatrischer Betreuung waren.

Die 13 Nicht-Psychotiker mit ambulanter psychiatrischer Betreuung und die 10 Nicht-Psychotiker ohne diese Betreuung unterscheiden sich nicht bezüglich der Erstdiagnose, insbesondere nicht in Bezug auf Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, depressiver und hysterischer Neurose oder Persönlichkeitsstörung. Ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied zeigt sich in der mittleren Erkrankungsdauer(Median) der 13 Nicht-Psychotiker mit ambulanter psychiatrischer Betreuung und den 10 Nicht-Psychotikern ohne diese Betreuung; es sind 6 Jahre gegenüber 8 Jahren.

Die Tabelle 36 zeigt, daß immerhin 9 der 29 Wiederholer zum Zeitpunkt des Suizidversuchs ohne ambulante psychiatrische Betreuung waren. Damit sind die Erstsuzidanten und Wiederholer auf die beiden Gruppen mit und ohne ambulante psychiatrische Betreuung statistisch gleichverteilt (Fisher $p=0,24$).

2. Erneute stationär-psychiatrische Therapie:

Von den 795 Patienten, die im 1.Jahr nach der Klinikentlassung keinen Suizidversuch machten, kamen im gleichen Zeitraum 153 Patienten mindestens einmal zur erneuten stationär-

psychiatrischen Therapie in eine der psychiatrischen Kliniken Münchens und Umgebung (Psychiatr.Universitätsklinik, Bezirkskrankenhaus Haar, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Privat-Nervenklinik Gauting), das sind 19,3%. Von den 40 Patienten mit Suizidversuch im 1.Jahr nach der Klinikentlassung kamen 18 Patienten (45%) wegen eines Suizidversuchs und weitere 8 Patienten (20%) wegen anderer Ursachen in erneute stationär-psychiatrische Therapie. Damit kommen die Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung hochsignifikant häufiger zur erneuten stationär-psychiatrischen Therapie als die ohne Suizidversuch ($X^2=42,07$); der häufigste Aufnahmegrund ist der Suizidversuch. Aus anderen Ursachen kamen beide Gruppen mit je etwa 20% gleich häufig in erneute stationär-psychiatrische Therapie.

3. Überweisung in stationär-psychiatrische Therapie nach den Suizidversuchen:

Im 1.Jahr nach der Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie in der Psychiatrischen Universitätsklinik machten 40 Patienten 52 Suizidversuche und kamen deshalb zur Entgiftung in eine von 16 vom Autor überprüften Kliniken. In alle 52 Fällen führte ein psychiatrischer Konsiliararzt mindestens ein Gespräch mit dem Patienten. Tabelle 37 führt nun auf, wohin diese Patienten nach der Entgiftung gelangten. Nach Diagnosen getrennt zeigt sich, daß die Nicht-Psychotiker nach der Entgiftung signifikant gehäuft nach Hause entlassen wurden ($X^2=4,66$), obwohl gerade die Nicht-Psychotiker unter den 835 Patienten, wie sich in der vorliegenden Arbeit zeigte, eine statistisch signifikant erhöhte Suizidversuchhäufigkeit haben. Zwischen den nach Hause Entlassenen und den in stationär-psychiatrische Therapie Überwiesenen gibt es keinen Unterschied in den Geschlechtern, die Intoxikationsstufe der ersteren liegt mit Median I nur graphisch geringfügig unter der der Überwiesenen mit Median I-II. Den Zahlen der Tabelle 38 folgend, wurden die Erstsuzidanten zu 55% nach den Suizidversuchen in stationär-psychiatrische Therapie weiterverlegt, die Wiederholer zu 34% und weitere 7% in eine Tag- oder Nachtklinik. Der Unterschied

ist aber statistisch nicht signifikant (Fisher $p=0,13$).

D . D i s k u s s i o n

Die Literatur über suizidale Handlungen ist insbesondere im englischsprachigen Raum recht umfangreich. Ein großer Teil der Arbeiten befaßt sich mit klinischen und soziodemographischen Daten, ein anderer Teil ist psychologisch-phänomenologisch, testpsychologisch und psychoanalytisch orientiert. Thematisch handeln die Arbeiten von Selbstmord(letal) und Selbstmordversuch(nicht-letal), von ernsten und nicht-ernsten, sowie ersten und wiederholten Suizidversuchen, von Risikofaktoren für Selbstmord und erste und wiederholte Suizidversuche, von Prophylaxe von Selbstmord und Selbstmordversuch, usw.

Der größte Teil der Arbeiten konzentriert sich dabei auf suizidale Handlungen in der Gesamtbevölkerung und ein kleinerer Teil auf psychiatrische, gelegentlich auch auf internistische oder chirurgische Patientenpopulationen. In den Verlaufsstudien über suizidale Handlungen, insbesondere über Suizidversuche, bei psychiatrischen Patienten werden häufig nur eine bestimmte Diagnosengruppe oder die Patienten herausgegriffen, die wegen eines Suizidversuchs in eine psychiatrische Klinik kamen. Gemischte, allgemein-psychiatrische Populationen, in denen alle psychiatrischen Diagnosen vorkommen können, werden bezüglich Suizidversuch nur selten untersucht. Bei solchen allgemein-psychiatrischen Populationen berichten Autoren wie Levy und Southcombe(1953), Forssman und Jansson(1960), Wilson(1968), James et al(1964), Pokorny(1964), Temoche(1964), Midenet(1967), Copas et al(1971) oder Pouget und Bertier(1973) über Selbstmorde(letal) während oder nach der stationär-psychiatrischen Therapie, und Oltman und Friedman(1962) berichten über Suizidversuche(nicht-letal) während der stationär-psychiatrischen

Therapie einer solchen Population. Der Autor fand jedoch keine einzige Untersuchung über Suizidversuche(nicht-letal) nach der Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie bei einer solchen gemischten, allgemein-psychiatrischen Population. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können deshalb nicht in ihrer Gesamtheit, sondern nur immer in bestimmten Einzelabschnitten mit anderen Arbeiten verglichen werden. Dazu eignen sich am ehesten einige Längsschnitt-Untersuchungen über Suizidversuche bei bestimmten psychiatrischen Diagnosen, über Patienten, die wegen eines Suizidversuchs in einer psychiatrischen Klinik waren, einige Untersuchungen über Suizidversuche mit nicht-suizidalen, psychiatrischen Patienten als Kontrollgruppe und einige Arbeiten über die Unterschiede von Menschen mit einem Suizidversuch (Erst-suizidant) und mehreren Suizidversuchen (Wiederholer).

I. Diskussion der Suizidversuche

1. Häufigkeit der Suizidversuche nach der Klinikentlassung und Inzidenz früherer Suizidversuche:

Von den 835 psychiatrischen Patienten machten innerhalb des 1. Jahres nach der Klinikentlassung 40 Patienten, das sind 4,8%, mindestens einen Suizidversuch durch Vergiftung.

In der Gesamtbevölkerung beläuft sich die Zahl der Suizidversuche(nicht-letal) pro Jahr bei Böhme et al (1976) auf 144 pro 100000 Einwohner Lübecks, bei Bean(1974) auf 121 pro 100000 Einwohner von Chichester, bei Köhler(1972) auf 114 pro 100000 Einwohner Essens und bei Böker(1973) auf 41 pro 100000 Männer und 57 pro 100000 Frauen der Stadt Köln.

Suizidversuchsraten, die sich aus Verlaufstudien bei Patienten mit bestimmten psychiatrischen Diagnosen ergeben, liegen bereits wesentlich höher: Elia und Perris(1969) fanden pro Jahr 1,17% bei ehemals stationär-psychiatrischen Patienten mit uni- oder bipolarer psychotischer Depression, wobei nur 23% der Suizidversuche Vergiftungen waren. Elia et al(1974) fanden 2,22% pro Jahr bei ehemals stationär-psychiatrischen Patienten mit depressiver Neurose, Paykel et al(1971) fanden 0,8% innerhalb von 10 Monaten bei teils stationären, teils ambulanten depressiven Patienten, wobei 80% der Suizidversuche Vergiftungen waren. Obwohl diese Zahlen alle Suizidversuche, nicht nur Vergiftungen einschließen, liegen sie, mit Ausnahme der letzten Angabe, unter den 4,8% der vorliegenden Arbeit. Trotz des geringen Anteiles an Vergiftungen in den obigen Literaturstellen über psychotische Patienten, schätzt der Autor, wie am Anfang des Kapitels 2 begründet, die Zahl der Suizidversuche(nicht-letal) mit

anderen Methoden für die untersuchte Patientenpopulation gering ein.

Noch höhere Suizidversuchsraten als bei Patienten mit bestimmten psychiatrischen Diagnosen zeigen sich in Verlaufsstudien bei solchen Menschen, die wegen eines Suizidversuchs in ein Allgemein- oder psychiatrisches Krankenhaus gelangten. Über den Anteil derer, die innerhalb eines bestimmten Zeitraumes einen (erneuten) Suizidversuch machen, werden in der Literatur folgende Angaben gemacht:

- 25% innerhalb des 1. Jahres bei Morgan et al (1976)
- 26% innerhalb von 18 Monaten bei Greer und Bagley (1971)
- 19% innerhalb des 1. Jahres bei Chowdhury et al (1973)
- 15-19% innerhalb des 1. Jahres bei Ettlinger (1975)
- 15% innerhalb des 1. Jahres bei Buglass und Horton (1974b)
- 8% innerhalb des 1. Jahres bei Jansson (1962)
- 4,5% innerhalb von 6 Monaten bei Bridges und Koller (1966)
- 4-14% innerhalb von 2-3 Jahren bei Ringel (1974)
- 17% innerhalb von 6 Jahren bei Stengel (1969)
- 15% innerhalb von 7 Jahren bei Rüegsegger (1963)
- 10% innerhalb von 5 Jahren bei Bean (1974)
- 6% innerhalb von 5 Jahren bei Lukianowicz (1972)

Mit einer Selbstintoxikationshäufigkeit von 4,8% im 1. Jahr nach der Klinikentlassung liegt die Inzidenz wesentlich höher als in der Gesamtbevölkerung, mit einer Ausnahme höher als in Verlaufsstudien über spezielle psychiatrische Erkrankungen und gleich hoch bis niedriger als bei Patienten, die alle wegen eines Suizidversuchs in einer Klinik waren. Die gefundenen 4,8% im 1. Jahr nach der Klinikentlassung passen deshalb im Vergleich zu der zitierten Literatur sehr gut zu dem Ergebnis, daß nur für 11 der 40 Patienten der Suizidversuch nach der Klinikentlassung der erste im Leben überhaupt war, dagegen aber für 29 Patienten, also für fast drei Viertel, eine Wiederholung.

Bei psychiatrischen Patienten, die unabhängig davon, ob sie wegen eines Suizidversuchs oder anderer Gründe in einer psychiatrischen Klinik waren, werden über den Anteil derer mit Suizidversuch in der Vorgeschichte folgende Häufigkeiten berichtet:

6,5% bei stationär-psychiatrischen Patienten aller Diagnosen, dabei am höchsten bei reaktiver Depression mit 29,5% und Psychopathie mit 21,8%; Oltman und Friedman(1962)

8% bei schizophrenen Patienten; Johanson(1958)

22% ebenfalls bei schizophrenen Patienten; Aché(1961)

14% bei Patienten mit funktionellen Psychosen; Noreik(1975)

18,1% bei den teils stationären, teils ambulanten depressiven Patienten, die in einem Zeitraum von 10 Monaten keinen Suizidversuch machten. Diejenigen Patienten mit Suizidversuch innerhalb der 10 Monate hatten zu 55,8% in ihrer Vorgeschichte Suizidversuche; Paykel et al(1971)

Bei Menschen aus der Gesamtbevölkerung, die wegen eines Suizidversuchs in ein Allgemein- oder psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen wurden, machen diejenigen mit Suizidversuch in der Vorgeschichte folgende prozentuale Anteile aus:

13% bei Böker(1973)

16% bei Bridges und Koller(1966)

18% bei Biener und Burger(1976), nur mit Altersgruppe 12-25 J.

22-37% bei Stengel und Cook(1958)

22,4% bei Linden(1969)

24% bei Lukianowicz(1972)

25% bei Gominet et al(1974)

30% bei Böhme et al(1976)

30-40% bei Schneider(1954)

37% bei Möller und Werner(1979), in einem großen Allgemein-krankenhaus Münchens von Februar bis Juni 1976

40% bei Chowdhury et al(1973)

55,8% bei Paykel et al(1971), den oben erwähnten teils stationären, teils ambulanten depressiven Patienten mit Suizidversuch

Bei diesen Untersuchungen machten die Vergiftungen 67-100% aller Suizidversuche aus. Die beiden Untersuchungen von Möller und Werner(1979) und Chowdhury et al(1973) mit den höchsten Prozentsätzen für Menschen aus der Gesamtbevölkerung beinhalten nur Suizidversuche durch Tablettenvergiftungen. Trotzdem konnte von all diesen Untersuchungen keine den extrem hohen 72,5%-Anteil

an Suizidversuch-Wiederholern der vorliegenden Arbeit erreichen. Für bemerkenswerte 21 der ohnehin schon großen Gruppe von 29 Wiederholern unter den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung war dieser Suizidversuch bereits der 3.-9. in ihrem Leben überhaupt. Wegen der größeren Überlebensrate sind Wiederholer zwangsläufig häufiger bei Vergiftungen, insbesondere bei Tabletten-Vergiftungen anzutreffen als bei anderen, gefährlicheren Suizidmethoden. Trotzdem kann aber der extrem hohe 72,5%-Anteil an Wiederholern unter den 40 Patienten nur zum Teil damit zusammenhängen, daß in der vorliegenden Arbeit nur Suizidversuche durch Vergiftungen aufgenommen wurden.

Vielmehr müssen diese, zum Teil chronischen Wiederholer unter den ehemals stationär-psychiatrischen Patienten bezüglich weiterer Suizidversuche eine besondere Risikogruppe darstellen, was in der Literatur bestätigt wird: Niskanen et al(1975) fand, daß psychiatrische Patienten mit Suizidversuch in der Vorgeschichte innerhalb von 3 Monaten vier Mal häufiger Suizidversuche durchführten als psychiatrische Patienten ohne Suizidversuch in der Vorgeschichte. Für Chowdhury et al(1973), Greer und Bagley (1971), Buglass und Horton(1974) und Morgan et al(1976) ist ein Suizidversuch in der Vorgeschichte einer der Risikofaktoren für neue Suizidversuche.

In der vorliegenden Arbeit haben die Wiederholer im 1.Jahr nach der Klinikentlassung außerdem gehäuft mehr als einen Suizidversuch gemacht, die Erstsuiizidanten gehäuft nur einen. Bean(1974) berichtet, daß in einem Beobachtungszeitraum von 5 Jahren zwischen zwei Suizidversuchen durchschnittlich 14,7 Monate vergehen, daß es aber nach zwei vorangegangenen Suizidversuchen nur noch 6 Monate sind. Bei den kürzer werdenden Zeitabständen wundert es nicht, daß in der vorliegenden Arbeit die Wiederholer im 1.Jahr häufiger mehrere Suizidversuche unternahmen als die Erstsuiizidanten. Darüberhinaus bestätigen Bancroft und Marsack(1977), daß die Menschen, deren vorangegangener Suizidversuch am kürzesten zurückliegt, nicht nur die meisten Suizidversuche in der Vorgeschichte haben, sondern auch in der 3-jährigen Folgestudie am häufigsten erneute Suizidversuche machten. Trotzdem gibt es in der vorliegenden Arbeit keinen Hinweis, daß die Wiederholer den ersten, erneuten Suizidversuch

nach der Klinikentlassung früher durchführen als die Erstsuizidanten. Es zeigte sich sogar ein geringer graphischer, statistisch nicht signifikanter Trend in die umgekehrte Richtung. Es ist deshalb durchaus möglich, daß die stationär-psychiatrische Behandlung dazu beiträgt, daß die Wiederholer den ersten Suizidversuch nach der Klinikentlassung etwas später durchführen als man bei ihrem hohen Risiko erwarten könnte, doch folgen dann meistens sehr schnell zweite und dritte Suizidversuche nach.

2. Eingenommenes Gift:

Bei den vorliegenden 52 Suizidversuchen nach der Klinikentlassung wurden vorwiegend Schlafmittel (46%) verwendet, Neuroleptika, Lithium und Antidepressiva machen zusammen 19% aus, Tranquilizer ebenfalls 19%, Analgetika 6%, Rest 10%. Bei 13,5% der Suizidversuche wurden mehrere Medikamente aus verschiedenen Gruppen verwendet. Die Tabelle 39 führt zum Vergleich die eingenommenen Gifte auf, wie sie in anderen Untersuchungen gefunden wurden. Mit Ausnahme der Arbeit von Thilges und Battagay(1970) handelt es sich um Suizidversuche in der Gesamtbevölkerung. Es zeigt sich zwar, insbesondere bei den Zahlen von Grüneberg und Ibe(1972), daß bei den Suizidversuchen in der Gesamtbevölkerung der Anteil der Psychopharmaka, wohl mit zunehmender ärztlicher Verschreibung, im Ansteigen ist, jedoch wird lediglich in der Arbeit von Thilges und Battagay(1970), die sich auf Patienten einer psychiatrischen Poliklinik bezieht, annähernd der 38%-Anteil an Psychopharmaka der vorliegenden Arbeit erreicht. Dementsprechend fällt in der vorliegenden Arbeit der prozentuale Anteil der Schlaf- und Schmerzmittel geringer aus als in den Literaturangaben über Suizidversuche in der Gesamtbevölkerung. Da in der vorliegenden Arbeit 40% der Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung Psychotiker sind, erscheint der 19%-Anteil an Neuroleptika, Lithium und Antidepressiva eher geringer als man erwarten könnte.

Die Gruppe der sonstigen Medikamente und die Tatsache, daß bei 13,5% der Suizidversuche mehrere Medikamente eingenommen wurden, sind im Vergleich zur Literatur ohne be-

sondere Auffälligkeiten. Interessant ist, daß im Gegensatz zu den Angaben von Bean(1974) oder Pöldinger(1968) keine Suizidversuche mit nicht-medikamentösen Giften oder giftigen Gasen durchgeführt wurden.

Bei gut einem Viertel der 52 Suizidversuche wurden Medikamente der laufenden, vom Psychiater verordneten Therapie verwendet. Die Verordnungen durch andere Ärzte konnte allerdings nicht eruiert werden. Zwei Drittel aller zu den Suizidversuchen benutzten Medikamente waren rezeptpflichtig, ein Drittel rezeptfrei; dieses Zahlenverhältnis wird vor allem durch die eingenommenen Schlafmittel geprägt, die zu zwei Dritteln rezeptfrei waren. Wenn man davon ausgeht, daß zumindest alle rezeptpflichtigen Medikamente irgendwann von einem Arzt verschrieben wurden, so ähneln die gefundenen Ergebnisse denen der Literaturangaben: Morgan et al(1975b) fanden, daß 78% der Patienten entweder für sich selbst(67%) oder für andere Personen(11%) verschriebene Tabletten einnahmen und 25% der Patienten rezeptfreie Tabletten kauften (Überschneidung durch Suizidversuche mit mehreren Medikamenten). Kockott et al(1970) berichten: 57 von 100 Patienten hatten das Medikament bereits zu Hause, 35 kauften es für den Suizidversuch, 4 erhielten es von Angehörigen und 2 entwendeten es beim Arzt.

Daß Menschen mit Medikamentenabhängigkeit, insbesondere von Schlafmitteln, zum Suizidversuch die gleiche Substanz einnehmen, ist naheliegend, obwohl sich dazu in der Literatur keine Angaben fanden.

In der Literatur fanden sich auch keine genauen Angaben, ob Wiederholer im Vergleich zu Erstsuiizidanten bei den Suizidversuchen bestimmte Substanzen bevorzugen. Die in der vorliegenden Arbeit gefundenen Ergebnisse lassen annehmen, daß nicht die Tatsache, ob Erstsuiizidant oder Wiederholer für die Wahl des Giftes von entscheidender Bedeutung ist, sondern in erster Linie die Existenz und Art der Medikamentenabhängigkeit. Erst in zweiter Linie sind für die Erstsuiizidanten - meist ohne Medikamentenabhängigkeit - die durch Rezeptfreiheit leichtere Verfügbarkeit der Schlafmittel(7 Suizidversuche) und die Verschreibungen durch Ärzte(4 Suizidversuche) von Wichtigkeit. Bei den Wiederholern - sofern sie nicht die Substanz der Abhän-

gigkeit benutzt haben - spielen die Verschreibungen durch Ärzte eine größere Rolle als die Rezeptfreiheit der Schlafmittel. Bean(1974) hält für die Wahl des Giftes bei Wiederholern die Erfahrung aus früheren Suizidversuchen und die Verschreibungsgewohnheiten der Ärzte für wichtig. Das Erste, "Erfahrungen aus früheren Suizidversuchen" dürfte in der vorliegenden Arbeit mehr für die Wiederholer mit Medikamentenabhängigkeit zutreffen, das Zweite, "Verschreibungsgewohnheiten der Ärzte" mehr für die Wiederholer ohne Medikamentenabhängigkeit.

3. Die suizidale Absicht und die Intoxikationsstufe:

Die Klassifizierung der Suizidversuche nach ihrer Ernsthaftigkeit wird in der Literatur in zwei, drei oder vier Gruppen und nach oft verschiedenen Kriterien durchgeführt. Zwei Gruppen machen Schmidt et al(1954) in ernste und nicht-ernste Suizidversuche, und Thomas(1964) in solche mit ernster Tötungsabsicht und solche mit vorherrschender Hoffnung auf Rettung. Drei Gruppen bilden Stengel und Cook(1958), Ringel(1953), Farberow und Shneidman(1961), Dorpat und Boswell(1963), Böker (1968) und Sendbuehler et al(1972):

- a. Menschen, die echt erwarten, daß sie gerettet werden; die Suizidversuche haben meist starken demonstrativ-manipulativen Charakter
- b. Menschen, die in ihrer Ambivalenz das Überleben und Gerettetwerden dem Zufall überlassen
- c. Menschen mit dem Wunsch, unbedingt zu sterben

Der Grad der suizidalen Absicht wird nicht nur nach den subjektiven Mitteilungen der Patienten beurteilt, sondern auch danach, ob der Patient durch die Wahl des Zeitpunktes und des Ortes des Suizidversuchs eine baldige Entdeckung arrangierte oder zumindest erhoffen konnte. Bei einigen Autoren, wie Schmidt et al(1954) geht auch der Grad der körperlichen Schädigung in die Beurteilung der Ernsthaftigkeit mitein. Insbesondere Stengel und Cook(1958) lehnen dies ab, führen neben den drei Gruppen der suizidalen Absicht vier Stufen der objektiven Gefährlichkeit auf, und zeigen, daß der Grad der suizida-

len Absicht keineswegs immer mit dem Grad der objektiven Gefährlichkeit einhergeht. Auch Rosen(1970) zeigt, daß zwischen der suizidalen Absicht, beurteilt nach Maßnahmen zur Vermeidung des Entdecktwerdens, und der Intoxikationsstufe keine Korrelation besteht. Genau im Gegensatz dazu zeigen Weiss et al(1961), daß Suizidversuche mit ernster Absicht auch medizinisch gefährliche Konsequenzen zeigen. Ähnlich zeigen Kockott et al(1970) bei 100 Tablettenintoxikationen, daß die Ernsthaftigkeit der Suizidversuche, nur nach der Chance des Entdecktwerdens beurteilt, statistisch hochsignifikant mit der Intoxikationsstufe nach Reed zusammenhängt. Böker(1970) sieht ebenfalls den Zusammenhang zwischen Ernsthaftigkeit und Menge der eingenommenen Tabletten.

Die vorliegende Arbeit bezog sich bei der Bewertung der suizidalen Absicht auf die schriftlich fixierten Aussagen der damaligen psychiatrischen Konsularärzte und nicht auf die Intoxikationsstufen. Drei Suizidversuche gelten als "parasuizidale Pause", vier sind demonstrativ, 41 ambivalent - das sind fast 80% - und vier sind ausgesprochen ernst - knapp 8%. Fraglich ist, ob nicht doch ein größerer Teil der ambivalenten Suizidversuche zu den demonstrativen zu zählen wäre.

In der Literatur werden über die Ernsthaftigkeit der Suizidversuche in der Gesamtbevölkerung folgende Angaben gemacht:

Ettlinger und Flordh(1955): Nur 7% sind harmlos und 4% gut geplant, dazwischen breiter Spektrum.

Kockott et al(1970): Menschen in der Umgebung erwartet 82%, nicht erwartet 18%. Entdeckung ermöglicht 91%, nicht ermöglicht 9%.

Thomas(1964): vorherrschende Hoffnung auf rechtzeitige Rettung bei 90%, vorherrschende ernste Tötungsabsicht 10%.

Rosen(1970): Nicht ernst 79%, ernst 21% - davon 15% medizinisch ernst, 5% ernste suizidale Absicht, 1% beides.

Morgan et al(1975b): 63% haben nichts gegen Entdeckung unternommen; ganz kleine Zahl plante Tod ein.

Schmidt et al(1954): Nicht ernst 68%, ernst 32% (volle Bewußtlosigkeit oder voller Wunsch zu sterben).

Bratfos(1971): Nicht ernst 57%, ziemlich ernst 38%, fast letal 5%; mehr Wunsch zu sterben 54,5%, Appellfunktion 45,5%.

Böker(1970): Demonstrativ 41%, ambivalent 8-12%, ernst 46-51%
(etwas großzügige Definition von "ernst").

Jansson(1962): 25% "drug automatism", etwas vergleichbar mit
Feuerleins "parasuizidaler Pause".

Über Suizidversuche bei psychiatrischen Patienten findet sich
Folgendes:

Crook et al(1975): Bei hospitalisierten, depressiven Patienten,
"ohne Absicht zu sterben" 74%, ambivalent 17%,
ernst 9%.

Paykel et al(1971): Bei teils stationären, teils nicht stationä-
ren depressiven Patienten, "suizidale Geste"
27%, medizinische Beeinträchtigung ohne Le-
bensgefahr 47%, ambivalent mit möglicher Le-
bensgefahr 13%, ernst mit Lebensgefahr 13%.

Noreik(1975): Bei Patienten mit funktionellen Psychosen, "unge-
fährlich" 45%, "mäßig gefährlich" 46%, "sehr ge-
fährlich" 9%.

Da die Einteilungskriterien nicht immer identisch sind, ist
auch der Vergleich dieser Angaben mit denen der vorliegenden
Arbeit recht schwierig, vor allem bei den nicht ernstesten Suizid-
versuchen. Der Anteil der demonstrativen Suizidversuche in der
vorliegenden Arbeit erscheint im Vergleich zur zitierten Litera-
tur geringer, dafür der der ambivalenten Suizidversuche größer.
Der Anteil der ernstesten Suizidversuche ist etwa gleich hoch bis
niedriger. Der große Anteil von "ambivalent" und der geringe von
"demonstrativ" kann damit zusammenhängen, daß, wie Bancroft et
al(1976) betonen, ein großer Teil derer, die den ausdrücklichen
Wunsch zu sterben angeben, gleichzeitig unbedingt erreichen wol-
len, daß ihre suizidalen Handlungen sozial akzeptiert und hel-
fende Institutionen beeinflußt werden. Insbesondere die chro-
nischen Wiederholer, die in der vorliegenden Arbeit einen großen
Teil ausmachen, müssen damit rechnen, daß ihre Suizidversuche an
appellativer Wirksamkeit einbüßen.

Bei der Einteilung der 52 Suizidversuche be-
züglich der Intoxikationsstufe nach Reed, dargestellt bei Clar-
mann(1968), zeigte sich für beide Geschlechter nur eine mittle-
re Intoxikationsstufe(Median) von I; 13% der Suizidversuche hat-

ten die Stufe III und 6% die Stufe IV. In der Literatur über Suizidversuche der Gesamtbevölkerung heißt es: Rosen(1970) berichtet über 15% Intoxikationen der Stufen III oder IV. Eine(1976) WHO-Studie in 7 europäischen Ländern erbrachte, daß 43% der Männer und 55% der Frauen bei vollem Bewußtsein, 37% bzw. 33% teilweise bei Bewußtsein und 20% bzw. 12% völlig bewußtlos waren. Kockott et al(1970) berichten von 16% Intoxikationen der Stufen IV und V nach Reed. Damit liegt der 19%-Anteil an Intoxikationen der Stufen III-V in der vorliegenden Arbeit etwa in gleicher Höhe wie in den beiden ersten Untersuchungen, der 6%-Anteil an Intoxikationen der Stufen IV-V aber wesentlich unter den Zahlen von Kockott et al(1970). Der Anteil der Suizidversuche mit ernster suizidaler Absicht(8%) und Intoxikationsstufe IV (6%) gehen zahlenmäßig parallel. Auffallend ist nochmals die große Gruppe "ambivalente suizidale Absicht" mit 80% und die kleine Gruppe "demonstrativ" mit 8%, obwohl die mittlere Intoxikationsstufe(Median) nur bei I liegt und 72,5% der Patienten über Erfahrungen aus früheren Suizidversuchen verfügen. Es zeigt sich nochmals, daß in der Gruppe "ambivalent" doch starke demonstrativ-appellative Momente stecken.

Bei der Verteilung bezüglich der suizidalen Absicht und der Intoxikationsstufen zeigen sich in der vorliegenden Arbeit keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Männer und Frauen, zwischen Psychosen, vor allem affektiven Psychosen, und Nicht-Psychosen, zwischen Erstsuzidanten und Wiederholern. Lediglich graphisch zeigen sich unterschiedliche mittlere Intoxikationsstufen(Median) für Psychosen mit I-II, darunter für affektive Psychosen mit II, und für Nicht-Psychosen mit I, sowie für Erstsuzidanten mit II und Wiederholer mit I, wobei Wiederholer, zu diesen graphischen Trends passend, signifikant gehäuft Nicht-Psychotiker sind.

Keinen signifikanten Unterschied zwischen Männer und Frauen in der Ernsthaftigkeit von Suizidversuchen fanden Schmidt et al(1954), Rosen(1970), Petit et al(1976) und die WHO-Studie(1976), während Sendbuehler häufiger ernste Suizidversuche bei Männer fand als bei Frauen.

Menninger(1938) fand, daß Suizidversuche von Neurotikern weniger lebensbedrohlich sind als von Psychotikern.

Bei ernsten Suizidversuchen fanden Schmidt et al(1954) gehäuft manisch-depressive Psychose und Dementia, bei leichten Suizidversuchen gehäuft Psychopathie und chron.Alkoholismus. Sendbuehler(1972) fand gehäuft ernste Suizidversuche bei psychotischen Patienten. Robins et al(1957) fanden gehäuft ernste Suizidversuche bei Patienten mit manisch-depressiver Psychose - allerdings ist diese Gruppe auch älter - und gehäuft nicht-ernste Suizidversuche bei Patienten mit Alkoholismus und "soziopathischer Persönlichkeit". Bratfos(1971) fand unter den ernsten Suizidversuchen gehäuft ältere Menschen mit schweren Depressionen, unter den nicht-ernsten Suizidversuchen gehäuft junge Menschen mit Neurosen und Psychopathie. Weiss et al(1961) fanden ernste Suizidversuche gehäuft bei über 45-Jährigen und Psychotikern, vor allem mit psychotischer Depression, nicht-ernste Suizidversuche gehäuft bei unter 30-Jährigen und solchen mit Familienkonflikten. Böker⁽¹⁹⁷⁰⁾ fand ebenfalls gehäuft die ernsten Suizidversuche bei älteren Menschen. Kockott et al(1970) fanden bei den über 40Jährigen häufiger ernste Suizidversuche als bei den jüngeren Menschen. Henderson et al(1977) fanden in einer Clusteranalyse bei ernsten Suizidversuchen gehäuft depressive Menschen, bei nicht-ernsten Suizidversuchen solche, die im Ärger mit anderen sind. Lester und Beck(1976) zeigen, daß bei gleich alten Neurotikern und Psychotikern gleich häufig ernste und nicht-ernste Suizidversuche gemacht werden, allerdings waren 80% der Psychotiker Schizophrene.

Das in der vorliegenden Arbeit gefundene Ergebnis, daß beide Geschlechter gleich häufig ernste und nicht-ernste Suizidversuche machen, wird in der Literatur weitgehend bestätigt. Für den häufigen Hinweis in der Literatur, daß ältere Menschen und Menschen mit Psychosen, insbesondere mit affektiven Psychosen, gehäuft ernste Suizidversuche machen, gibt es in der vorliegenden Arbeit zwar geringe graphische Trends, aber doch bei weitem keine statistische Signifikanz. Dies kann mit Folgendem zusammenhängen: a. Die vorliegende Arbeit umfaßt nur Intoxikationen, ältere und psychotische Patienten könnten deshalb geringer vertreten sein als in anderen Arbeiten. b. Der Altersmedian der 6 Patienten mit affektiven Psychosen und Suizidversuch nach der Klinikentlassung liegt nur bei 39 Jahren.

c. Die 6 Patienten mit affektiven Psychosen machen bei insgesamt 17 Patienten mit Psychosen oder körperlich begründbaren, psychischen Störungen einen relativ geringen Anteil aus. d. Von diesen 17 Patienten waren zum Zeitpunkt des Suizidversuchs 16 in ambulanter psychiatrischer Betreuung; dadurch wurden möglicherweise schwerere Intoxikationen verhindert.

Daß schwere Intoxikationen bei Wiederholern nicht häufiger vorkommen als bei Erstsuiizidanten wird auch in der Literatur berichtet: Schmidt et al(1954), Kockott et al(1970), Greer und Bagley(1971) und Buglass und Horton(1974b) bestätigen, daß zwischen der Ernsthaftigkeit oder Intoxikationsstufe von Suizidversuchen und der Tatsache, daß es sich um den ersten oder einen wiederholten Suizidversuch handelt, kein Zusammenhang besteht. Auch weisen Eisenthal et al(1966) darauf hin, daß die Ernsthaftigkeit früherer Suizidversuche nichts über Wahrscheinlichkeit weiterer Suizidversuche aussagt.

4. Alkoholbeteiligung bei den Suizidversuchen:

Bei mindestens 50% der 52 Suizidversuche stand der Patient unter Alkoholeinwirkung, die Männer zu 61%, die Frauen zu 33%, der Unterschied ist aber nicht signifikant. Die 20 Patienten, bei denen laut Krankengeschichte zusätzlich zu sonstigen Diagnosen Alkoholismus besteht, hatten zu mindestens 90% Alkohol eingenommen, die 20 Nicht-Alkoholiker zu 8%.

In der Literatur findet sich dazu Folgendes: Aché und Ginman(1966) berichten in einer Untersuchung über 100 Tablettenintoxikationen, daß alle 13 Patienten mit chron.Alkoholismus beim Suizidversuch unter Alkoholeinfluß standen, während Ringel und Rotter(1957) berichten, daß die meisten Nicht-Alkoholiker während eines Suizidversuchs nüchtern sind. Lester und Beck(1975) zeigen, daß Alkoholiker während eines Suizidversuchs häufiger unter Alkoholeinfluß stehen als Medikamentenabhängige. Linden(1969) berichtet, daß insgesamt 32,5% aller Patienten während des Suizidversuchs alkoholisiert waren, davon 28% schon während des Suizidentschlusses, weitere 4,5% erst nach dem Entschluß. Böker(1973) fand bei 35,5% der Männer und 11,3% der

Frauen Alkoholbeteiligung beim Suizidversuch, bei Männern im Gastwirtsgewerbe sind es sogar 56%. Die Altersspitze liegt bei beiden Geschlechtern im Bereich von 21-30 Jahre. Nach Schmidt et al(1954) stehen 39% der Patienten während des Suizidversuchs unter Alkoholeinwirkung, dabei die mit ernstesten Suizidversuchen zu 14% und die mit nicht-ernstesten zu 51%. Noch höhere Zahlen finden Morgan et al(1975b); 55% der Männer und 25% der Frauen nehmen innerhalb der letzten 6 Stunden vor dem Suizidversuch Alkohol zu sich. Kessel(1965) fand bei 56% der Männer und 23% der Frauen Alkoholbeteiligung beim Suizidversuch.

Die Literaturangaben bestätigen die gehäufte Alkoholbeteiligung bei Suizidversuchen von Alkoholikern gegenüber Nicht-Alkoholikern und von Männern gegenüber Frauen, jedoch erreichen die Literaturangaben nicht das gleiche quantitative Ausmaß wie in der vorliegenden Arbeit. Dieser Unterschied erklärt sich vor allem dadurch, daß sich die Literaturstellen auf Suizidversuche der Gesamtbevölkerung beziehen, die vorliegende Arbeit aber auf psychiatrische Patienten, unter denen der Anteil an Alkoholikern wesentlich höher liegt.

In der vorliegenden Arbeit stehen die Wiederholer während des Suizidversuchs graphisch, statistisch nicht signifikant häufiger unter Alkoholeinfluß als die Erstsuzidanten, wobei sich in beiden Gruppen gleich häufig Alkoholismus als Zusatzdiagnose findet, der, wie erwähnt, für die Einnahme von Alkohol während des Suizidversuchs von entscheidender Bedeutung ist. Mayo(1974) berichten über häufigeren Alkoholeinfluß während wiederholter Suizidversuche, Chowdhury et al(1973) und die WHO-Studie(1976) sprechen von erhöhtem Wiederholungsrisiko, wenn zusätzlich zu Tabletten Alkohol eingenommen wird, allerdings fehlen Angaben über die Häufigkeit von Alkoholismus in den verglichenen Populationen. Buglass und Horton(1974a) bestreiten, daß Wiederholer beim Suizidversuch häufiger Alkohol zu sich nehmen als Erstsuzidanten.

Zu Wirkung und Bedeutung des Alkohols in Bezug zum Suizidversuch sagt Reimer(1964), daß Alkohol Hemmung und Angst ausschaltet. Litman und Tabachnik(1968) sprechen von der "direkten Schädigung der Ich-Abwehr", Ringel und Rotter(1957) von der Erleichterung zum Suizidversuch, vom Anstoß zum ärger-

lichen Abreagieren im Suizidversuch und von Kummer und Gewissensbissen bei langen Trinkepisoden, Mayfield und Montgomery(1972) erwähnen ebenfalls den Anstoß zum Abreagieren, sowie die alkohol-induzierte Depression. Teger et al(1969) weisen testpsychologisch nach, daß im alkoholisierten Zustand eine größere Risikobereitschaft besteht als im nüchternen Zustand, die, wie Adams et al(1973) und Kochansky(1973) zeigen, für den Suizidentenschluß wichtig ist.

5. Ort der Durchführung und Entdeckung der Suizidversuche:

Über den Ort des Suizidversuchs berichten Grüneberg et al(1972), daß 72%, und Rüegegger(1963), daß 75% zu Hause ausgeführt werden. Bei Kockott et al(1970) sind es 75% in der eigenen Wohnung, 2% in einer fremden Wohnung, 5% in einem Hotel oder Pension, 6% am Arbeitsplatz und der Rest an anderen Stellen. In der vorliegenden Arbeit ist die Gruppe "Unbekannt" recht groß, wobei es allerdings keinen Anhalt dafür gibt, daß sich die Gruppe "Unbekannt" vom Rest unterscheidet. Für die 34 Suizidversuche mit bekanntem Ort der Durchführung ergibt sich eine sehr ähnliche Verteilung wie in den zitierten Literaturstellen.

Über die Entdeckung von Suizidversuchen berichten Farberow und Shneidman(1961), daß 24% der Menschen die Rettung selbst einleiten, bei Linden(1969) sind es 18,8%, bei Schmidt et al(1954) sind es 8% bei ernsten und 18% bei nicht-ernsten Suizidversuchen, und in der WHO-Studie(1976) sind es 5%. Stengel(1969) fand bei 26% der Suizidversuche als Retter den Patienten selbst, bei 21% "besondere Personen", bei 40% "andere Personen" und bei 13% "Unbekannt". Linden(1969) berichtet, daß 11% der Suizidversuche in unmittelbarer Nähe anderer Personen durchgeführt wurden, 57% alleine, aber in örtlicher oder zeitlicher Nähe anderer Personen, 23% ganz alleine, aber im gewohnten sozialen Feld, und nur 9% alleine außerhalb des gewohnten sozialen Feldes. Trotzdem waren 82% aller Patienten von der tödlichen Wirkung der eingenommenen Tablettenmenge überzeugt.

In der vorliegenden Arbeit fanden sich bei

42% der Suizidversuche keine Informationen über die Art der Entdeckung. Allerdings ist diese Gruppe "Unbekannt" auch hier allem Anschein nach nicht vom Rest verschieden. Bei 6% der Suizidversuche hat der Patient die Rettung selbst eingeleitet, eine Zahl, die gleich bis stark geringer ist als in den Literaturangaben. In unmittelbarer Nähe anderer Personen wurden 8% der Suizidversuche durchgeführt, damit knapp unterhalb der Angabe von Linden (1969). Bei 40% der Suizidversuche wurde der Patient von nahestehenden Personen gefunden, eine Zahl, die höher liegt als bei Stengel(1969), wobei allerdings nicht klar ist, wen Stengel als "besondere Person" definiert. Auffällig ist, daß Patienten mit dem Motiv "Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen" mit 71% signifikant häufiger von nahestehenden Personen, insbesondere vom Konfliktpartner, gefunden wurden als mit 26% die Patienten mit anderen Motiven. Dieser Unterschied kann kaum mit unterschiedlicher örtlicher Nähe erklärt werden, da die Patienten der ersten Gruppe nur bei 3 der 17 Suizidversuche bei der Person waren oder mit ihr zusammen wohnten, von der sie gefunden wurden. Die größere zeitliche Nähe, das vermutete Eintreffen der Person, scheint eine größere Rolle zu spielen. Auch hier zeigt sich, daß demonstrativ-manipulative Funktionen bei den Suizidversuchen eine doch recht wichtige Rolle spielen. Insgesamt sind die vorliegenden Suizidversuche im Arrangement - Ort der Durchführung und Entdeckung - denen der Literaturangaben bei der Gesamtbevölkerung mit Ausnahme der Selbsttötungsrate sehr ähnlich.

Darüber daß Wiederholer im Vergleich zu Erstsuizidanten graphisch weniger häufig ihre Suizidversuche in der eigenen Wohnung durchführen und seltener von nahen Angehörigen gefunden werden, gibt es keine vergleichbaren Literaturangaben, jedoch könnte dieses Ergebnis damit zusammenhängen, daß die Wiederholer graphisch häufiger nicht verheiratet sind.

6. Einlieferung ins Krankenhaus nach den Suizidversuchen:

Lediglich in der WHO-Studie(1976) über 7 europäische Länder gibt es einige, völlig verschiedene Angaben, bedingt vor allem durch das unterschiedlich organisierte Rettungs-

wesens. Ein Vergleich mit den eigenen Ergebnissen ist deshalb nicht durchführbar.

7. Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und Krankenhausaufnahme:

Die meisten Patienten in der vorliegenden Arbeit wurden nach dem Suizidversuch relativ früh gefunden (Median 4 Stunden), doch von dieser Zeit zwischen Suizidversuch und Krankenhausaufnahme muß sogar noch die Zeit zwischen Entdeckung und Krankenhausaufnahme abgezogen werden. Diese Ergebnisse passen damit zu den gefundenen Hinweisen auf die häufig vorhandene zeitliche, seltener örtliche Nähe anderer Personen während der Suizidversuche. Über die zeitlichen Abstände zwischen Suizidversuch und Krankenhausaufnahme oder zwischen Suizidversuch und Entdeckung fanden sich keine Literaturangaben.

8. Zeitpunkt der Suizidversuche:

Über die Verteilung der Suizidversuche auf die verschiedenen Wochentage findet sich in der Literatur recht Unterschiedliches: Rüegegger(1963) berichtet über Häufung am Wochenanfang (Montag und Dienstag) und Minimum am Mittwoch und Sonntag, Bridges und Koller(1966) fanden Häufungen an Montagen und Minimum an Donnerstagen, Grüneberg et al(1972) ein Maximum an Montagen und Minimum an Freitagen und Samstagen. Biener und Burger(1976) fanden in der Wochentagsverteilung der Suizidversuche keine signifikanten Unterschiede bei Frauen, aber eine Häufung an Dienstagen und ein Tief an Samstagen bei Männern. Achté und Ginman(1966) fanden statistische Gleichverteilung auf alle Wochentage. Die in einigen Arbeiten gefundene erhöhte Anzahl an Suizidversuchen wird von einigen Autoren, so von Bridges und Koller(1966), mit den erhöhten sozioökonomischen Anforderungen zu Wochenbeginn in Zusammenhang gebracht. Die vorliegende Arbeit zeigt zwar einen graphischen Trend in ähnliche Richtung mit Maximum an Montagen und Minimum an Samstagen, jedoch

sind die Schwankungen, analog zu einigen anderen Literaturstellen, statistisch nicht signifikant.

Über die Verteilung von Suizidversuchen auf die verschiedenen Monate finden sich in der Literatur ebenfalls recht unterschiedliche Angaben: Stengel(1969) fand die meisten Suizidversuche im Monat Mai, Bridges und Koller(1966) im Juni und September sowie ein Minimum im Januar. Böker(1973) fand bei allen Suizidversuchen eine leichte Erhöhung im Juni/Juli und eine Senke im Dezember/Januar. Rügsegger(1963) fand keine statistisch signifikanten Abweichungen. Graphisch zeigten sich Maxima im November und Februar und Minima im Dezember und Januar. Hausmann et al(1968), sowie Grüneberg und Ibe(1972) fanden statistische Gleichverteilung auf alle Monate. Jansson(1962) fand bei den von ihm als "drug automatism" bezeichneten suizidalen Handlungen, etwas vergleichbar mit Feuerleins "parasuizidaler Pause", keine jahreszeitlichen Schwankungen, jedoch Maxima im April und Oktober bei den "echten" Suizidversuchen. Elia und Perris(1969) fanden bei Patienten mit uni- und bipolaren Depressionen höchste Suizidversuchsraten im Mai und September und erklären dies mit den jahreszeitlichen Schwankungen bei diesen Erkrankungen.

Bei allen Arbeiten, mit Ausnahme der von Elia und Perris(1969), handelt es sich um Suizidversuche bei der Gesamtbevölkerung. Ein Teil dieser Arbeiten zeigt wie auch die vorliegende Arbeit statistische Gleichverteilung der Suizidversuche auf alle Monate. Die in manchen Literaturstellen angegebenen Maxima und Minima decken sich nicht mit den graphischen Schwankungen der vorliegenden Arbeit. Da diese Arbeit mit 40% zwar mehr Patienten mit Psychosen umfaßt als die Untersuchungen über die Gesamtbevölkerung, aber trotzdem weniger als die von Elia und Perris(1969), steht die vorliegende statistische Gleichverteilung der Suizidversuche auf alle Monate nicht im Widerspruch zu den Ergebnissen von Elia und Perris(1969).

Daß die Erstsuiizidanten im Gegensatz zu den Wiederholern ihre Suizidversuche gehäuft zwischen Januar und Juni durchführen, ist schwer zu erklären, doch es kann damit zusammenhängen, daß die Erstsuiizidanten signifikant gehäuft Psychotiker sind.

9. Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie, sowie letztem vorangegangenen Suizidversuch:

Nach Ringel(1974) ist die kritische Zeit für die Wiederholung von Suizidversuchen die der ersten 2-3 Jahre. Über den zeitlichen Abstand zum letzten vorangegangenen Suizidversuch berichtet Böker(1973), daß von den in mehr als 10 Jahren wiederholten Suizidversuchen 42% im 1.Jahr und weitere 21% im 2.Jahr stattfinden. Bron(1976) zeigt bei unter 25-Jährigen, daß von den in mehr als 5 Jahren erneut durchgeführten Suizidversuchen 45% innerhalb des 1.Jahres und weitere 32% innerhalb des 2.Jahres durchgeführt werden. Bancroft und Marsack(1977) berichten, daß 75% der innerhalb von 2 Jahren erneut durchgeführten Suizidversuche im 1.Jahr stattfinden. Bei den 29 Wiederholern der vorliegenden Arbeit lag der letzte vorangegangene Suizidversuch im Mittel(Median) 1 Jahr zurück, insgesamt 75% sind innerhalb der letzten 2 Jahre gewesen. Damit gleichen die gefundenen Ergebnisse den obigen Literaturangaben. Lediglich die Angaben von Linden(1969) liegen noch höher: Bei 69% der Wiederholer liegt der letzte Suizidversuch weniger als ein Jahr zurück.

In der Literatur gibt es keine Aussagen über den zeitlichen Abstand zwischen Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie und nachfolgendem Suizidversuch bei einer gemischten, allgemein-psychiatrischen Population. Lediglich über die Patienten, die wegen eines Suizidversuchs in einer psychiatrischen Klinik waren, gibt es Angaben: Böker(1973) berichtet, daß bei 45% der Männer und 37% der Frauen der im 1.Jahr erneut durchgeführte Suizidversuch gleich innerhalb der ersten 3 Monate nach dem letzten Suizidversuch stattfindet, bei Morgan et al (1976) sind es 58% der Männer und 41% der Frauen und bei Bancroft und Marsack(1977) sind es 66% der Männer und 57% der Frauen. In der vorliegenden Arbeit mit einem Beobachtungszeitraum von 1 Jahr finden 44% der Suizidversuche innerhalb der ersten 3 Monate nach der Entlassung aus der Psychiatrischen Universitätsklinik, 56% innerhalb der ersten 3 Monate sind es nach der Entlassung aus jedmöglicher psychiatrischer Klinik Münchens und Umgebung. Da es sich bei den Zahlen der vorliegenden Arbeit

zu 72,5% um Suizidversuch-Wiederholung handelt und die Zeiten zwischen Klinikentlassung und folgendem Suizidversuch berechnet werden, während es sich bei den Literaturangaben zu 100% um Suizidversuch-Wiederholung handelt und die Zeiten zwischen zwei Suizidversuchen verwendet werden, sind die Ergebnisse nur mit Vorbehalt vergleichbar. Außerdem waren in der vorliegenden Arbeit alle Patienten in oft mehrwöchiger stationär-psychiatrischer Therapie, während dies für die Personen der zitierten Untersuchungen nur teilweise zutrifft. Es wird durch die Literatur aber zumindest eindeutig bestätigt, daß die Suizidversuche überzufällig früh stattfinden und keineswegs über das ganze Jahr statistisch gleichverteilt sind. Das Ergebnis von Rüegegger(1963), daß erneute Suizidversuche nie unmittelbar nach der Klinikentlassung, sondern frühestens nach einem Monat stattfinden, konnte in keinster Weise bestätigt werden. In der vorliegenden Arbeit findet sich im Gegensatz zu den Literaturstellen kein Anhalt dafür, daß die Männer die Suizidversuche nach der Klinikentlassung früher durchführen als die Frauen. Die in der vorliegenden Arbeit gefundenen geringen zeitlichen Abstände zwischen Suizidversuch und Klinikentlassung oder früheren Suizidversuchen und der geringe Anteil an ernststen Suizidversuchen passen zur Aussage von Motto(1965), daß Suizidversuche um so ernster sind je größer der Zeitabstand zum letzten Suizidversuch ist.

10. Motiv der Suizidversuche:

In der Literatur über Suizidversuche der Gesamtbevölkerung wird als häufigstes Motiv Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen einschließlich Partnerkonflikte angegeben. Bei Kockott et al(1970) macht dieser Anteil 48% aus, bei Aché und Ginman(1966) 49%, bei Morgan et al(1975b) 51%, bei Böhme et al(1976) 48% bei Männer und 61% bei Frauen, bei Böker.(1973) sind es 50% der Männer und 63% der Frauen. Höhere Zahlen ergeben sich bei Pöldinger(1968) mit 56% und bei Linden(1969) mit 71%, wenn "Liebeskummer" miteingeschlossen wird. Höchster Anteil dieses Motivs, vor allem Konflikte mit Eltern und Partner,

ergibt sich bei Jugendlichen: Barter et al(1968) fanden bei unter 21-Jährigen 63% und Bron(1976) bei unter 25-Jährigen 78%. Mit 44% einen relativ niedrigen Anteil fand Rüegegger(1963), der sich allerdings auf solche Menschen beschränkt, die nach dem Suizidversuch in stationär-psychiatrische Therapie kamen.

Über die Motive "persönliche Schwierigkeiten", "psychotische Affektstörungen", "Einsamkeit, vorausgegangene Trennung" findet sich in der Literatur folgendes:

Böhme et al(1976): Alter 4%

Linden(1969): Vereinsamung und Angst vor Strafe oder Schande 6%.

Böcker(1973): Persönliche und sexuelle Schwierigkeiten 8%

Pöldinger(1968): Vereinsamung, Verstimmung oder Insuffizienz 16%.

Kockott et al(1970): Allgemeine Unzufriedenheit mit sich selbst, mit Eltern(bei Jugendlichen) 16%, Vereinsamung 16%.

Achté und Ginman(1966): Depression, Angst, Schlaflosigkeit 27%, Schuldgefühle 2%.

Rüegegger(1963): psychotische Störungen 15%, bei Menschen, die nach dem Suizidversuch in stationär-psychiatrische Therapie kamen.

In der vorliegenden Arbeit steht das Motiv "Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen" ebenfalls an erster Stelle, jedoch ist der Anteil mit 35% geringer als in den zitierten Untersuchungen. Umgekehrt ist die Motivgruppe "persönliche Schwierigkeiten" 21%, "Einsamkeit, Trennung" 4% und "psychotische Affektstörungen" 8% insgesamt größer als in den zitierten Untersuchungen. Dieser Unterschied ist in allererster Linie darauf zurückzuführen, daß in der vorliegenden Arbeit der Anteil der Psychotiker wesentlich höher liegt als in den zitierten Untersuchungen, die sich auf Suizidversuche der Gesamtbevölkerung stützen. Lediglich die Arbeit von Rüegegger(1963) über Menschen, die nach dem Suizidversuch in stationär-psychiatrische Therapie kamen, weist einen Trend in die gleiche Richtung auf wie die vorliegende Arbeit.

Zusätzlich ergab die vorliegende Arbeit, daß die psychotischen Patienten bei ihren Suizidversuchen ausgesprochen selten das Motiv "Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen" angeben. Die Literatur bestätigt dies: Robins et al(1957)

berichten, daß das Motiv "Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen bei manisch-depressiven Patienten nur zu 6% vorlag, dagegen bei psychiatrischen Patienten aus verschiedenen Nicht-Psychose-Gruppen zu 21%, 59%, 72% und 74%. Planansky und Johnston (1973) fanden bei hospitalisierten, schizophrenen Patienten, daß nur 5% der Suizidversuche wegen "Konflikten in zwischenmenschlichen Beziehungen" durchgeführt wurden, 15% wegen "globaler Minderwertigkeit" und 60% wegen "Beeinflussungserlebnisse von außen". Letzteres während des Suizidversuchs hatte in der vorliegenden Arbeit nur einer der 8 schizophrenen Patienten. Der Unterschied ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, daß die Patienten der zitierten Untersuchung hospitalisiert sind und dadurch häufiger in aktiven Phasen der Schizophrenie sind als die entlassenen Patienten der vorliegenden Arbeit mit etwa 20% aktiven Phasen während der Suizidversuche. Außerdem waren alle 8 schizophrenen Patienten in ambulanter psychiatrischer Betreuung.

Die Häufigkeit des Motivs "Soziale und finanzielle Probleme" bei Suizidversuchen in der Gesamtbevölkerung wird von Kockott et al(1970) mit 4% angegeben, von Morgan et al(1975b) mit 10%, von Pöldinger(1968) und Böker(1973) mit jeweils 11%, von Aché und Ginman(1966) mit 12%, von Linden (1969) mit 19%, von Böhme et al(1976) mit 23% und von Grüneberg et al(1972), allerdings bei der Möglichkeit der Mehrfachzählung, mit 28,8%. In der vorliegenden Arbeit waren es ohne Mehrfachzählung 11%, eine Zahl, die im Bereich der zitierten liegt, aus der aber nicht geschlossen werden kann, insbesondere wegen der Einfachzählung, daß die finanzielle und soziale Situation für die Suizidversuche unwichtig ist, denn in der vorliegenden Arbeit waren auch beachtliche 26,6% der erwerbsfähigen Patienten zum Zeitpunkt des Suizidversuchs arbeitslos.

Über die Häufigkeit der Motive "chronisch körperliche Erkrankung" und "Straftaten" finden sich in der Literatur ähnliche oder höhere Zahlen als in der vorliegenden Arbeit, in der sie je 2% ausmachen. Körperliche Erkrankungen als Motiv fanden Aché und Ginman(1966) bei 2%, Morgan et al(1975b) bei 4%, Böhme et al(1976) bei 6% und Ettlinger(1975) bei 13-16% der Suizidversuche. Analog zu Beck et al(1973) sind in der

vorliegenden Arbeit Eß- und Schlafstörungen von geringerer Bedeutung als depressive Verstimmung, Hoffnungslosigkeit und Schuldgefühle. "Straftaten" als Motiv fand Böker(1973) bei 3% der Suizidversuche und betont dabei, daß die Zeit in Untersuchungshaft für Suizidversuche besonders gefährlich sei.

Insgesamt muß mit Henseler trotz allem betont werden, daß die Statistiken über die bewußten Motive nur begrenzten Wert haben und nur angeben, in welcher Richtung die maßgeblichen Faktoren gesucht werden müssen. Trotz des wichtigen Motivs "Ehe- und Partnerkonflikte" erbrachten zum Beispiel Vergleiche von Patienten mit Suizidversuch und nicht-suizidalen, psychiatrischen Patienten, durchgeführt von Vinoda(1966) oder Bratfos(1971), daß beide Gruppen ihre Ehe- oder Partnerbeziehungen gleich häufig als unbefriedigend bezeichnen, wenn auch häufiger unbefriedigend als psychisch und körperlich gesunde Menschen. Vinoda(1966) erklärt sich die Suizidversuche trotz dieser gleichen Patientenaussagen durch ein höheres Maß an Feindseligkeit, Rigidität und Hoffnungslosigkeit.

In der vorliegenden Arbeit wurden von den 13 Suizidversuchen wegen "Ehe- oder Partnerkonflikten" mindestens 6 kurz vor und ein weiterer Suizidversuch kurz nach der Trennung oder Scheidung durchgeführt. Auch Bruhn(1963), Greer et al(1966) und Levi et al(1966) betonen, daß Trennung und Scheidung in zeitlicher Nähe bei Patienten mit Suizidversuch wesentlich häufiger sind als bei nicht-suizidalen, psychiatrischen Patienten oder gesunden Menschen. Bruhn(1963) betont in seinem Vergleich außerdem, daß die Patienten mit Suizidversuch häufiger vor mehreren Problemen gleichzeitig stehen als die nicht-suizidalen, psychiatrischen Patienten.

II. Diskussion zu den Patienten

1. Geschlecht:

Viele Autoren, wie Schmidt et al(1954), Dotzauer et al(1963), Aché und Ginman(1966), Stengel(1969), Linden(1969), Kockott et al(1970), Grüneberg et al(1972), Böker (1973), Böhme et al(1976) oder M  ller und Werner(1979), stimmen darüber ein, daß in der Gesamtbevölkerung mehr Frauen Suizidversuche machen als Männer.

  ber Suizidversuche bei psychiatrischen Patienten wird zur Geschlechtsverteilung folgendes berichtet: Unter 500 gemischt stationär-psychiatrischen Patienten fanden Woodruff et al(1972) bei 16% der Frauen und 10% der Männer Suizidversuche in der Vorgeschichte. Noreik(1975) berichtet, daß bei vorübergehend hospitalisierten Patienten mit funktionellen Psychosen Männer und Frauen gleich häufig Suizidversuche in der Vorgeschichte haben. Zum gleichen Ergebnis kommen Crook et al (1975) bei hospitalisierten, depressiven Patienten. Laut Paykel et al(1971) machten in einer 10-monatigen Beobachtungszeit von teils stationären, teils nicht-stationären Patienten mit akuter Depression beide Geschlechter gleich häufig Suizidversuche. Diese Populationen sind nicht ohne weiteres mit der der vorliegenden Arbeit vergleichbar, doch zeigt sich als Gemeinsamkeit, daß bei hospitalisierten und entlassenen psychiatrischen Patienten im Gegensatz zur Gesamtbevölkerung Frauen nicht häufiger Suizidversuche machen als Männer. Ob allerdings vor der Einweisung in die psychiatrischen Kliniken eine Selektion dahingehend stattfindet, daß Männer erst bei schwerwiegenderen, psychiatrischen Symptomen eingewiesen werden, war nicht kl  rbar. Der in der vorliegenden Arbeit gefundene geringe graphische, aber bei weitem nicht signifikante Trend zu häufigeren Suizidversuchen nach der Klinikentlassung bei Männern ist

schwer zu erklären. Möglicherweise spielt das hohe Vorkommen von Alkoholismus unter den männlichen Patienten eine Rolle und die Tatsache, daß die gesamten 478 weiblichen Patienten im Schnitt 5 Jahre älter sind als die 357 männlichen Patienten, da im Alter die Zahl der Suizidversuche(nicht-letal) abnimmt, wie Dotzauer et al(1963) berichten.

Obwohl Greer und Bagley(1971), sowie Buglass und Horton(1974b) berichten, daß das männliche Geschlecht für die Wiederholung von Suizidversuchen einen Risikofaktor darstellt, waren in der vorliegenden Arbeit unter den Erstsuzidanten und Wiederholern beide Geschlechter gleich vertreten.

2. Alter:

Die meisten Autoren sind sich darüber einig, daß die Suizidversuche in der Gesamtbevölkerung, insbesondere durch Tablettenintoxikationen, bei beiden Geschlechtern am häufigsten im 2. oder 3. Lebensjahrzehnt stattfinden und diese Menschen im Schnitt jünger sind als die Gesamtbevölkerung. Über den Altersmedian derer mit Suizidversuch wird folgendes berichtet:

Linden(1969): Männer 26-30 Jahre, Frauen 26-30 Jahre.

Kockott et al(1970): Männer etwa 30 Jahre, Frauen etwa 28 Jahre.

WHO-Studie(1976): Männer etwa 30-34 Jahre, Frauen 20-29 Jahre

Achté und Ginman(1966): Männer und Frauen zusammen etwa 30 Jahre.

Grüneberg et al(1972): Männer und Frauen etwa 30 Jahre.

Böker(1973): Männer und Frauen 31-35 Jahre.

Dotzauer et al(1963): Männer etwa 36 Jahre, Frauen 31 Jahre.

Über Suizidversuche bei psychiatrischen Patienten findet sich folgendes: Paykelet al(1971) berichten, daß unter teils stationären, teils nicht-stationären, depressiven Patienten diejenigen, die innerhalb von 10 Monaten nach Beginn der Therapie einen Suizidversuch machten, im Schnitt jünger sind (Median 29,7 Jahre) als die ohne Suizidversuch (Median 36,4 Jahre). Analoges fand Crook et al(1975) bei hospitalisierten, depressiven Patienten; mit Suizidversuch war der Altersmedian 34,8 Jahre, ohne Suizid-

versuch 41,3 Jahre. Bei Patienten, die zur Aufnahme in eine psychiatrische Klinik kamen, fanden Bridges und Koller(1966), daß bei beiden Geschlechtern diejenigen mit Suizidversuch einen Altersmedian von 30 bis 35 Jahre hatten und die ohne Suizidversuch einen von 40 bis 45 Jahre. Analog fand Bratfos(1971), daß Patienten mit Suizidversuch und einem durchschnittlichen Alter von 35,9 Jahren signifikant jünger sind als psychiatrische Patienten aller Diagnosen ohne Suizidversuch und einem durchschnittlichen Alter von 40,7 Jahren. Bei den Frauen unter 500 gemischt stationär-psychiatrischen Patienten fanden Woodruff et al(1972), daß diejenigen mit Suizidversuch mit durchschnittlich 29 Jahren jünger sind als die ohne Suizidversuch mit durchschnittlich 40 Jahren. Für die Männer fehlen die Angaben.

Die vorliegende Arbeit erbrachte für die Patienten und Patientinnen mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung ähnliche Altersmediane wie in den Literaturangaben über Suizidversuche bei der Gesamtbevölkerung und psychiatrischen Patienten. Parallel zur Literatur zeigt sich auch, daß die Frauen mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung signifikant jünger sind (32 Jahre) als die ohne Suizidversuch (40 Jahre), jedoch fand sich dieser Altersunterschied nicht bei den männlichen Patienten, lediglich eine graphische Andeutung ist gegeben (33 gegenüber 35 Jahre). Dieser fehlende Altersunterschied bei den Männern kann damit zusammenhängen, daß alle ^{weiblichen} Patienten etwa gleich alt sind wie in der zitierten Literatur über psychiatrische Patienten, aber alle männlichen Patienten in der vorliegenden Arbeit mit einem Altersmedian von 35 Jahren wesentlich jünger sind als in der Untersuchung von Bridges und Koller(1966) mit einem Altersmedian von etwa 45 Jahren.

Nicht verursacht ist dieser fehlende Altersunterschied bei den Männern durch den hohen Wiederholer-Anteil in der vorliegenden Untersuchung, denn unter den Erstsuizidanten und Wiederholern sind beide Geschlechter gleich häufig und die Wiederholer - Männer wie Frauen - nur graphisch, aber bei weitem nicht statistisch signifikant jünger als die Erstsuizidanten. Bancroft und Marsack(1977) fanden ebenfalls, daß Erstsuizidanten und Wiederholer gleich alt sind.

3. Psychiatrische Diagnose:

Ein Vergleich der psychiatrischen Diagnosen, bei denen gehäuft oder nicht gehäuft Suizidversuche nach der Klinikentlassung vorkommen, mit Literaturangaben ist nur mit Einschränkungen möglich, da es sich dabei nicht um gemischt allgemein-psychiatrische Patientenpopulationen handelt. Am ehesten eignen sich noch Untersuchungen, bei denen psychiatrische Patienten mit und ohne Suizidversuch miteinander verglichen werden, obwohl in der vorliegenden Arbeit durchaus die Möglichkeit gegeben ist, daß die Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung früher einmal einen Suizidversuch gemacht haben.

Bei diesen Vergleichen mit psychiatrischen Patienten ohne Suizidversuch als Kontrollgruppe werden in der Literatur folgende psychiatrische Diagnosen bei Patienten mit Suizidversuch gehäuft gefunden:

Farberow(1950): Signifikant gehäuft "reaktive Depression", statistisch gleichverteilt sind Schizophrenie, affektive Psychosen, sowie organische Gehirnerkrankungen.

Bridges und Koller(1966): Signifikant gehäuft "neurotische Depression" und "Psychopathie", signifikant erniedrigt "endogene und Involutionsdepression".

Bratfos(1971): Signifikant gehäuft "depressive Psychose" und "erhöhter Alkoholkonsum", signifikant erniedrigt "Andere Neurosen"(ohne depressive Neurose).

Conte undPlutchik(1974): Signifikant gehäuft regelmäßiger Drogen- und Medikamentenkonsum.

Niskanen et al(1975): Signifikant gehäuft Medikamentenabhängigkeit bei städtischen und ländlichen, psychiatrischen Patienten und gehäuft Alkoholkonsum bei städtischen, psychiatrischen Patienten.

Bruhn(1963): Keine signifikanten Unterschiede in den Diagnosen; graphisch überwiegt stark die Gruppe "Psychopathie".

Vinoda(1966): Vergleich nur bei Frauen: Keine signifikanten Unterschiede; graphisch überwiegt die Gruppe "Psychopathie und inadäquate Persönlichkeit".

Woodruff et al(1972): Erhöhte Inzidenz von Homosexualität, Hysterie und "secondary affective disorder".

Kaum ein Autor wird bezweifeln, daß Menschen mit Psychosen, insbesondere mit affektiven Psychosen, häufiger Suizidversuche machen als die Gesamtbevölkerung, aber mit psychiatrischen Patienten als Kontrollgruppe macht lediglich noch Bratfos(1971) diese Aussage; Bridges und Koller(1966) behaupten sogar das Gegenteil. Ähnlich wie die oben zitierten Literaturangaben, mit Ausnahme der von Bratfos(1971), ergab die vorliegende Arbeit, daß nicht Patienten mit Psychosen und körperlich begründbaren, psychischen Störungen, sondern die mit Nicht-Psychosen gehäuft Suizidversuche nach der Klinikentlassung machen.

Ein Trend in der vorliegenden Arbeit, daß die Patienten mit affektiven Psychosen graphisch etwas weniger oft (3,1%) Suizidversuche nach der Klinikentlassung machen als Patienten aus der Schizophrenie-Gruppe (4,4%), ist gering. Umgekehrt berichtet Noreik(1975), daß im Beobachtungszeitraum von mehr als 5 Jahren die Patienten mit manisch-depressiver Psychose zu 20% und die mit Schizophrenie zu 9% einen Suizidversuch machten. Elia und Perris(1969) berichten, daß im Zeitraum von 20 Jahren die Patienten mit unipolarer Depression zu 21% und die mit bipolarer Depression zu 26% einen Suizidversuch machten. Im Vergleich zur Literatur scheinen in der vorliegenden Arbeit die Patienten mit depressiven Psychosen im 1. Jahr nach der Klinikentlassung etwas besser vor Suizidversuchen geschützt zu sein als die aus der Schizophrenie-Gruppe. Im Gegensatz zu den Aussagen von Planansky und Johnston(1973) bei allerdings hospitalisierten Patienten fand in der vorliegenden Arbeit nur ein geringer Teil der Suizidversuche in aktiven Phasen der Schizophrenie statt. Böker(1973) schreibt, daß es bei Schizophrenen auch außerhalb akuter Phasen zu "Autoaggressionshandlungen" komme, nämlich im "Defektstadium"; dann seien meist reaktive Anlässe mitbeteiligt. Das Ergebnis über eine nicht erhöhte Zahl von Suizidversuchen nach der Klinikentlassung bei Patienten mit organischen Psychosen und körperlich begründbaren, nicht-psychotischen, psychischen Störungen geht mit den oben zitierten Literaturangaben, insbesondere von Farberow(1950), einher.

Ähnlich wie in diesen Literaturstellen gibt es in der vorliegenden Arbeit keine erhöhte Suizidversuch-

häufigkeit nach der Klinikentlassung für die Gesamtgruppe "Neurosen" und nur eine graphische, statistisch nicht signifikante Erhöhung bei "Persönlichkeitsstörung(Psychopathie)". Im Gegensatz zur Literatur gibt es bei "depressiver Neurose" mit 7,1% keine statistisch signifikante, sondern nur eine graphische Häufung von Suizidversuchen. Sie liegt aber deutlich über den 3,1% bei "affektiven Psychosen". Paykel et al(1971) berichten, daß von Patienten mit akuter Depression während 10 Monate häufiger die mit neurotischer und seltener die mit endogener Depression einen Suizidversuch machen. Auch Elia et al(1974) berichten, daß Patienten mit neurotischen Depressionen, die innerhalb von 10 Jahren zu 22% einen Suizidversuch machten, häufiger Suizidversuche durchführen, als Patienten mit unipolaren und bipolaren Depressionen, bei denen es, laut Elia und Perris(1969), innerhalb von 20 Jahren 21% bzw. 26% waren.

Die Patienten mit "depressiver Persönlichkeit" machen signifikant gehäuft Suizidversuche nach der Klinikentlassung, solche mit "hysterischer Persönlichkeit" sind graphisch stark, aber statistisch nicht signifikant gehäuft. Bei einer gemeinsamen Auswertung der Doppeldiagnosen "depressive Neurose/Persönlichkeit" + "hysterische Neurose/Persönlichkeit" gibt es in der vorliegenden Arbeit eine statistisch signifikante Häufung für Suizidversuche nach der Klinikentlassung. Woodruff et al(1972) haben in ihrer vergleichenden Untersuchung, wie berichtet, eine signifikante Häufung von "Hysterie" bei psychiatrischen Patienten mit Suizidversuch gefunden. Die in der vorliegenden Arbeit vorgenommene Auswertung dieser Doppeldiagnosen erscheint auch insofern gerechtfertigt, als Bibb et al(1972) berichten, daß 80% der stationär-psychiatrischen Patienten mit "Hysterie" eine sekundäre Depression haben. Allerdings fanden diese Autoren auch, daß diese Patienten im Vergleich zu solchen mit psychotischer Depression mit je 20% gleich häufig Suizidversuche in der Vorgeschichte haben. Stengel(1960a) schreibt: Selbstmordversuche sind wegen des Appelcharakters keine Manifestation von Hysterie, aber diese besondere Qualität der Suizidversuche erklärt, warum so oft Menschen mit Hysterie darin Zuflucht suchen.

In der vorliegenden Arbeit ist unter den Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung keiner mit Angstneurose, Zwangsneurose oder hypochondrischer Neurose. Über das seltene Vorkommen von Suizidversuchen unter der Gesamtbevölkerung bei Angstneurose berichten Ringel(1953), Schmidt et al(1954) und Robins(1957), bei Zwangsneurose ebenfalls Ringel(1953) und bei Hypochondrie Stenbäck und Blumenthal(1964).

In der vorliegenden Arbeit machen Patienten mit Alkoholismus als Erstdiagnose, als auch als Zweit- oder Drittdiagnose signifikant gehäuft Suizidversuche nach der Klinikentlassung. Bratfos(1971) und Niskanen et al(1975) fanden, wie berichtet, in ihren vergleichenden Untersuchungen mit nicht-suizidalen, psychiatrischen Patienten als Kontrollgruppe, daß "erhöhter Alkoholkonsum" bzw. "Alkoholismus" bei Patienten mit Suizidversuch signifikant gehäuft sind. Auch Stenbäck und Blumenthal(1964) fanden zumindest bei männlichen, psychiatrischen Patienten, daß die mit Alkoholismus signifikant häufiger Suizidversuch machen als solche ohne Alkoholismus.

Bei den Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung kommt in der vorliegenden Arbeit die Diagnose Medikamentenabhängigkeit graphisch stark gehäuft vor, aber statistisch knapp nicht signifikant. Wie berichtet, fanden Conte und Plutchik(1974) und Niskanen(1975) in ihren vergleichenden Untersuchungen mit nicht-suizidalen, psychiatrischen Patienten als Kontrollgruppe, daß Medikamentenabhängigkeit bei den Patienten mit Suizidversuch signifikant gehäuft sind. Die Erstdiagnose Medikamentenabhängigkeit ist in der vorliegenden Arbeit dann statistisch signifikant erhöht, wenn als Zweit- oder Drittdiagnose "hysterische Neurose", "hysterische Persönlichkeit" oder "Alkoholismus" vertreten ist. Bibb et al(1972) berichten, daß psychiatrische Patienten mit Hysterie, zu 80% mit sekundärer Depression, signifikant häufiger Schlafmittelabhängig sind als Patienten mit psychotischen Depressionen, aber gleich häufig Suizidversuche machen. Lester und Beck(1975) berichten, daß Medikamentenabhängige signifikant jünger und häufiger weiblich sind und mehr vorangegangene Suizidversuche haben als Alkoholiker. Kielholz und Battagay(1967) fanden diesen

Altersunterschied nicht, aber auch sie berichten, daß Frauen bevorzugt sind, Medikamentenabhängige häufiger Suizidversuche in der Vorgeschichte haben und häufiger auch mehrere Suizidversuche machen als Alkohol Kranke.

Ähnlich wie in den zitierten Literaturstellen mit nicht-suizidalen, psychiatrischen Patienten als Kontrollgruppen sind auch in der vorliegenden Arbeit die wichtigsten, psychiatrischen Diagnosen, bei denen graphisch oder statistisch signifikant gehäuft Suizidversuche nach der Klinikentlassung vorkommen, Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, depressive Persönlichkeit, daneben depressive Neurose und hysterische Persönlichkeit, oft untereinander als Doppel- und Dreifachdiagnosen miteinander verknüpft, während Psychosen von geringerer Bedeutung sind. Diese Diagnosen finden sich im wesentlichen auch in den Literaturangaben über Suizidversuche in der Gesamtbevölkerung, so bei Oltman und Friedman(1962), Dorpat und Boswell (1963), Pöldinger(1968), Hausmann et al(1968), Kockott et al (1970), Thilges und Battegay(1970), Grüneberg et al(1972), Lukianowicz(1972), Böker(1973), Morgan et al(1975b) und Möller und Werner(1979). Unterschiedlich ist aber zu diesen Ergebnissen über die Gesamtbevölkerung, daß in der vorliegenden Arbeit die Diagnosen Alkoholismus, daneben auch Medikamentenabhängigkeit eine größere und "abnorme Erlebnisreaktion" oder "reaktive Depression" eine geringere Rolle spielen als bei Suizidversuchen in der Gesamtbevölkerung.

Nicht nur einen, sondern mehrere Suizidversuche im 1.Jahr nach der Klinikentlassung, machten in der vorliegenden Arbeit die Patienten mit Nicht-Psychosen graphisch häufiger als Patienten mit Psychosen, körperlich begründbaren, nicht-psychotischen, psychischen Störungen und Oligophrenie. Dieser graphische Trend hätte eigentlich noch deutlicher ausfallen müssen, denn es zeigte sich, daß die Wiederholer, also die, die schon früher Suizidversuche machten, im Vergleich zu den Erstsuzidanten nicht nur im 1.Jahr nach der Klinikentlassung signifikant gehäuft mehrere Suizidversuche machten, sondern auch signifikant gehäuft Nicht-Psychotiker sind, hauptsächlich mit den Diagnosen Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit und depressive Persönlichkeit.

Diese Diagnosen, zusätzlich "antisoziale Persönlichkeit", werden in der Literatur über die Menschen berichtet, die gehäuft Suizidversuche wiederholen. Bei Greer und Bagley(1971) sind es "antisoziale Persönlichkeit", Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit, bei Chowdhury et al(1973) "Alkoholprobleme", bei Buglass und Horton(1974b) "antisoziale Persönlichkeit", "Probleme in der Alkoholeinnahme" und Medikamentenabhängigkeit, und bei Morgan et al(1976) "Persönlichkeitsstörung", "ernste Trinkprobleme" und Medikamentenabhängigkeit.

4. Dauer der psychiatrischen Erkrankung und Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufenthalte:

Die bei den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung jeweils gefundene Dauer der psychiatrischen Erkrankung und Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufenthalte zeigen, daß nur ein Teil dieser Patienten chronisch psychisch krank ist. Der kleinere Teil der chronisch psychisch Kranken, meist Psychosen, ist unter den Erstsuzidanten, der größere Teil, meist Alkoholiker, unter den Wiederholern. Der nicht allzu hohe Anteil an chronisch psychisch Kranken entspricht durchaus der gesamten Patientenpopulation einer psychiatrischen Universitätsklinik.

5. Chronisch körperliche Erkrankungen:

In der vorliegenden Arbeit haben 7,5% der Patienten eine nicht altersentsprechende, chronisch körperliche Erkrankung und bei 4% der Suizidversuche spielte diese eine Rolle. In den Untersuchungen über Suizidversuche in der Gesamtbevölkerung werden ähnliche Zahlen angegeben. Aché und Ginman (1966) fanden bei mindestens 8% der Patienten nicht altersentsprechende, chronisch körperliche Erkrankungen, die in 2% der Suizidversuche ausschlaggebend waren. Bei Ettlinger(1975) hatten 13-22% der Patienten somatische Erkrankungen. Böker(1973)

befand 1,8% der Suizidversuche ausgelöst durch "chronisches Leiden" und "Körperbehinderung", bei Linden(1969) sind es 2% wegen "Krankheit" und bei Pöldinger(1968) sind es 7,3% wegen "Krankheit und Schmerzen".

6. Zerbrochene Familie in der Kindheit:

"Zerbrochene Familie", englisch "Broken Home", das Fehlen von einem oder beiden Elternteilen für mindestens 12 Monate hatten in der vorliegenden Arbeit innerhalb der ersten 6 Lebensjahre 14 (35%) der 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung, durch weitere 4 Patienten mit "zerbrochener Familie" innerhalb der ersten 14 Lebensjahre sind es insgesamt 45%. Ein Vergleich mit den 795 Patienten ohne Suizidversuch konnte diesbezüglich zwar nicht durchgeführt werden, doch erscheint der 45%-Anteil schon recht hoch. In vergleichenden Untersuchungen von Patienten mit Suizidversuch und psychiatrischen Patienten ohne Suizidversuch zeigte sich folgendes:

Bratfos(1971): "Zerbrochene Familie" innerhalb der ersten 15 Lebensjahre durch "fortwährende Trennung" von mindestens einem Elternteil hatten 26,8% der Patienten mit Suizidversuch und 17,6% der psychiatrischen Patienten ohne Suizidversuch.

Bruhn(1962): "Zerbrochene Familie" innerhalb der ersten 14 Lebensjahre für mindestens 6 Monate hatten mit 42% die Patienten mit Suizidversuch signifikant häufiger als die psychiatrischen Patienten ohne Suizidversuch mit 25%.

Greer(1964): "Zerbrochene Familie" innerhalb der ersten 14 Lebensjahre für mindestens 12 Monate hatten mit 51,8% die Patienten mit Suizidversuch hochsignifikant häufiger als die psychiatrischen Patienten ohne Suizidversuch mit 29,9%; "zerbrochene Familie" lediglich innerhalb der ersten 4 Lebensjahre hatten insgesamt 34,6% gegenüber 11,7%.

Levi et al(1966) berichten über höhere Zahlen mit ebenfalls signifikantem Unterschied: "Zerbrochene Familie", allerdings innerhalb der ersten 16 Lebensjahre für nur mindestens 6 Monate, hatten 72% der Patienten mit Suizidversuch und 45% der psychiatri-

schen Patienten ohne Suizidversuch.

Insgesamt liegen die eigenen Ergebnisse und die der Literatur trotz der verschiedenen Definitionen von "zerbrochener Familie" etwa in gleicher Höhe.

Wie auch bei Greer und Gunn(1966) und bei Kockott et al(1970) zeigt sich auch in der vorliegenden Arbeit, daß Erstsuzizidanten und Wiederholer gleichhäufig in einer "zerbrochenen Familie" aufgewachsen sind.

7. Familienanamnese:

In der vorliegenden Arbeit finden sich in der Familienanamnese von mindestens 25% der 40 Patienten ernste, psychiatrische Erkrankungen und bei mindestens 10% Selbstmord oder Selbstmordversuch, eine mögliche Dunkelziffer nicht eingerechnet. In den Familienanamnesen von Menschen aus der Gesamtbevölkerung mit Suizidversuch finden Schmidt et al(1954) 11% Selbstmord oder Selbstmordversuch, Aché und Ginman(1966) 8% Selbstmord oder Selbstmordversuch und mindestens 6% psychotische Erkrankungen, Hausmann et al(1968) 15% Selbstmord oder Selbstmordversuch und 29% psychische Erkrankungen. Woodruff et al(1972) schreiben, daß stationär-psychiatrische Patienten mit Suizidversuch zu 18% eine Familienanamnese mit Suizidversuch haben, stationär-psychiatrische Patienten ohne Suizidversuch mit 9% signifikant weniger häufig.

Die Angaben über Selbstmord und Selbstmordversuch in der Familienanamnese bei den Literaturstellen und der vorliegenden Arbeit entsprechen sich weitgehend, die Zahlen über psychische Erkrankungen in der Familie sind schwer miteinander vergleichbar, da es sich nur in der vorliegenden Arbeit und der von Woodruff et al(1972) ausschließlich um psychiatrische Patienten handelt.

Henseler(1974), der sich auf die Zwillingsforschung von Kallmann und Anastasio(1947) bezieht, lehnt eine chromosomale Steuerung von suizidalen Handlungen ab. Vielmehr seien sie durch die familiäre Tradition von Konflikten und den

Umgang mit ihnen vermittelt. Beim gehäuften Vorkommen von Selbstmord und Selbstmordversuch in einer Familie betonen deshalb Menninger(1933) die wichtige Rolle der Suggestion und der ausgelösten Schuldgefühle, auch Ringel(1974) die der Suggestion, sowie Dorpat(1972) die der bewußten und unbewußten Schuldgefühle, und Litman und Tabachnik(1968) die der Identifikation.

8. Staatsangehörigkeit:

In der vorliegenden Arbeit zeigt sich, daß Österreicher unter den 835 Patienten signifikant gehäuft Suizidversuche nach der Klinikentlassung machen, und Patienten aus sogenannten Gastarbeiterländern graphisch, aber statistisch nicht signifikant unter dem Durchschnitt liegen. Wie diese Häufung der Österreicher zustande kommt, ist nicht zu erklären. Es ist kaum anzunehmen, daß die in München wohnenden Österreicher gegenüber den Deutschen eine besondere Sonderstellung einnehmen. Auch die Angabe von Stengel(1969), daß die Selbstmordrate(letal) für Österreicher etwas höher liegt als für Deutsche der Bundesrepublik Deutschland, muß nicht unbedingt weiterhelfen.

Auch die Beurteilung der Suizidversuchshäufigkeit der Patienten aus sogenannten Gastarbeiterländern ist schwierig. Die Selbstmordraten(letal) dieser Länder liegen weit unter der der Bundesrepublik Deutschland, wobei Stengel(1969) hinzufügt, daß sehr niedrige Selbstmordraten in katholischen und mohamedanischen Ländern wegen der Informationsunterdrückung aus Schande über den Selbstmord gelegentlich suspekt sein können. Eine größere Dunkelziffer bezüglich Suizidversuch in der vorliegenden Arbeit bei diesen Patienten ist durchaus möglich. Allerdings berichtet Burke(1976), daß asiatische Einwanderer (Bangla Desh, Indien, Pakistan) in Birmingham/England eine niedrigere Häufigkeit an Suizidversuchen(nicht-letal) haben als die einheimischen Engländer, die Frauen unter den Asiaten allerdings schon eine höhere als in den Heimatländern. Burke(1976) betont dabei auch das seltene Vorkommen von Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit unter diesen asiatischen Einwanderern.

9. Religionszugehörigkeit:

In der vorliegenden Arbeit sind die Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung auf alle Religionsgemeinschaften und die Gruppe derer ohne Religion statistisch gleichverteilt. Bei den Suizidversuchen in der Gesamtbevölkerung berichten Pöldinger(1968) und Lukianowicz(1972 und 1974) diesbezüglich ebenfalls statistische Gleichverteilung, während Ringel(1953) und Böker(1971) von einer geringeren Suizidversuchshäufigkeit bei Katholiken gegenüber Protestanten sprechen. Böker(1973) zeigt auch, daß die Gruppe ohne Bekenntnis sogar noch weniger Suizidversuche machen als die Katholiken, während die vorliegende Arbeit eher einen geringen graphischen Trend in die Gegenrichtung zeigt. Stengel(1969) betont, daß nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Religion, sondern die religiöse Gebundenheit der entscheidende Faktor ist, und Beck und Morris (1974) legen dar, daß nicht das Bekenntnis, sondern die moralische Einstellung zum Selbstmord das suizidale Verhalten bestimmen. Demzufolge dürfte in der vorliegenden Arbeit die Religionszugehörigkeit für die Suizidversuche eher eine geringe Rolle spielen.

10. Familienstand:

In der vorliegenden Arbeit sind unter den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung relativ viele Ledige (57,5%) und wenig Verheiratete (15% ohne die getrennt Lebenden), aber mit zusammen 25% auffallend viele getrennt Lebende und Geschiedene. Über psychiatrische Patienten mit Suizidversuch und solche ohne Suizidversuch als Kontrollgruppe wird folgendes berichtet:

Bruhn(1963): Die Ledigen sind in beiden Gruppen gleich häufig, mit je 30%. Bei den Patienten mit Suizidversuch sind die Verheirateten seltener (43% gegenüber 61%), die getrennt Lebenden und Geschiedenen sind zusammen um das Vierfache häufiger (18% gegenüber 4,5%).

Bratfos(1971): Die Verheirateten sind fast gleich häufig (50%),

die getrennt Lebenden und Geschiedenen sind unter den Patienten mit Suizidversuch mit 7,6% fast doppelt so häufig wie bei den psychiatrischen Patienten ohne Suizidversuch mit 4,1%.

Bridges und Koller(1966): Bei den psychiatrischen Patienten mit Suizidversuch sind signifikant häufiger Ledige und nur graphisch häufiger Verwitwete, sowie signifikant erniedrigt Verheiratete und graphisch erniedrigt die getrennt Lebenden und Geschiedenen. Damit fällt in der vorliegenden Arbeit der Anteil der Ledigen und vor allem der der getrennt Lebenden und Geschiedenen noch größer und der der Verheirateten noch geringer aus als in den zitierten Literaturangaben, obwohl sie psychiatrische Patienten als Kontrollgruppen benützen. Noch schärfer erscheint dieser Trend der vorliegenden Arbeit im Vergleich zu den meisten Untersuchungen über Suizidversuche in der Gesamtbevölkerung, so Dotzauer et al(1963), Pöldinger(1968), Hausmann et al(1968), Linden(1969), Kockott et al(1970), Böker(1973), Böhme et al(1976), WHO-Studie(1976) und Möller und Werner(1979).

Die Suizidversuch-Wiederholer sind in der vorliegenden Arbeit graphisch häufiger nicht verheiratet als Erstsuizidanten. Insbesondere finden sich alle 8 Geschiedenen der 40 Patienten bei den Wiederholern. Chowdhury et al(1973) fanden unter Wiederholern signifikant gehäuft Ledige und signifikant erniedrigt Verheiratete, Buglass und Horton(1974a) signifikant gehäuft getrennt Lebende und Geschiedene. Böker(1973) berichtet, daß insbesondere die Geschiedenen aus der Gesamtbevölkerung eine hohe Suizidversuch-Wiederholerrate haben und vor allem bei ihnen Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, Psychopathie und Alkoholeinfluß beim Suizidversuch eine besondere Rolle spielen.

11. Beruf, Erwerbstätigkeit und soziale Schicht:

In der vorliegenden Arbeit sind unter den Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung mehr Angestellte als Arbeiter und Handwerker zusammen und auffallend viele aus Pflegeberufen und dem Gastwirtsgewerbe. Bratfos(1971) schreibt zum Thema "Beruf", daß bei psychiatrischen Patienten

mit und ohne Suizidversuch zu gleichen Teilen manuelle und nicht-manuelle Tätigkeiten vorkommen. Böker(1975) findet bei Suizidversuchen in der Gesamtbevölkerung gehäuft Menschen aus Pflegeberufen und, im Zusammenhang mit Alkohol, Beschäftigte im Gastwirtsgewerbe. Die Zahlen der vorliegenden Arbeit sind diesbezüglich sogar noch höher als bei Böker, und es ist nicht anzunehmen, daß diese Berufsgruppen unter den 795 psychiatrischen Patienten ohne Suizidversuch ebenfalls so häufig vorkommen.

Die Arbeitslosenquote der erwerbsfähigen Patienten mit Suizidversuch in der vorliegenden Arbeit war mit 26,6% extrem hoch, mit einiger Sicherheit höher als bei den psychiatrischen Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung. Bruhn(1963) berichtet über eine signifikant erhöhte Arbeitslosigkeit mit 34% bei Patienten mit Suizidversuch gegenüber 20% bei psychiatrischen Patienten ohne Suizidversuch; die der Gesamtbevölkerung war 3,76%. Die Arbeitslosenquote in der vorliegenden Arbeit liegt mit den 26,6% auch wesentlich höher als bei 150 Personen aus der Gesamtbevölkerung Münchens, die 1976 wegen eines Suizidversuchs in ein größeres Münchner Allgemeinkrankenhaus kamen und bei denen Möller und Werner(1979) 9% Arbeitslose fanden. Kessel(1965) und Morgan et al(1975b) berichten ebenfalls über die extrem hohe Arbeitslosenquote bei Suizidversuchen in der Gesamtbevölkerung.

In der vorliegenden Arbeit zeigt sich bei den Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung ein geringer Trend zu unteren Sozialschichten. Ein Vergleich mit den 795 Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung konnte nicht durchgeführt werden, aber es ist anzunehmen, daß nicht alle Patienten diesen Trend zu unteren Sozialschichten aufweisen, zumal es sich um eine Universitätsklinik einschließlich Privatstation handelt. Einerseits fanden Greer et al(1966) bei psychiatrischen Patienten mit Suizidversuch, ohne Suizidversuch und der Gesamtbevölkerung mit je 10-13% gleich häufig ärmliche, materielle Verhältnisse, und Aché und Ginman(1966) sahen keinen Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Suizidversuch in der Gesamtbevölkerung. Andererseits fanden Autoren wie Kessel(1965) oder Ettlinger(1975) die unteren Sozialschichten bei Suizidver-

suchen in der Gesamtbevölkerung gehäuft. Wird die Schichtzugehörigkeit der 40 Patienten mit der der Patienten mit Suizidversuch aus der Münchner Gesamtbevölkerung verglichen, wie sie Kockott et al(1970) gefunden haben, so zeigt die vorliegende Arbeit ebenfalls einen Trend zu unteren Sozialschichten, eine mögliche Dunkelziffer bei Suizidversuchen in der Oberschicht allerdings nicht eingeschlossen.

In der vorliegenden Arbeit gibt es einen geringen graphischen, aber statistisch nicht signifikanten Trend, daß Wiederholer häufiger als Erstsuiizidanten in den zwei untersten von insgesamt 5 Sozialschichten sind. Statistisch signifikant ist dieser Unterschied in den Arbeiten von Morgan et al (1976) für die zwei untersten von 5 Schichten und der von Buglass und Horton(1974b) für die unterste von 5 Schichten. Für eine weitere Aussage von Buglass und Horton(1974b), daß Wiederholer hochsignifikant häufiger arbeitslos sind als Erstsuiizidanten, gibt es in der vorliegenden Arbeit keinen Anhalt.

12. Wohnsituation:

In der vorliegenden Arbeit wohnen von den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung 42,5% allein; diese beachtliche Zahl widerspiegelt den hohen Anteil der Ledigen und vor allem der Geschiedenen. Bei Suizidversuchen in der Gesamtbevölkerung findet die WHO-Studie über 7 europäische Länder, daß 3-24% dieser Menschen allein wohnen, bei Linden(1969) sind es 29,5% und bei Möller und Werner(1979) 30% bei Münchnern des Jahres 1976. Damit sind die Anteile der allein wohnenden Patienten mit Suizidversuch in der Gesamtbevölkerung niedriger als in der vorliegenden Arbeit. Morgan et al(1975a) berichten, daß die allein wohnenden Menschen in der Gesamtbevölkerung nicht mehr Suizidversuche machen als andere Menschen. Außerdem berichten Greer et al(1966), daß mit 17% gegenüber 15% die psychiatrischen Patienten mit und ohne Suizidversuch statistisch gleich häufig allein wohnen, aber häufiger allein wohnen als Gesunde der Gesamtbevölkerung mit 9%. Diese Autoren ziehen

den Schluß, daß Erfahrungen aus einer Kindheit in "zerbrochener Familie" und gestörte Beziehungen, vor allem drohende oder kurzzeitig vorangegangene Trennungen oder Scheidungen, für Suizidversuche eine wichtigere Rolle spielen als die soziale Isolierung. Auch in der vorliegenden Arbeit spielt "Einsamkeit" als Motiv für Suizidversuche eine untergeordnete Rolle. Bei den allein wohnenden gegenüber den nicht allein wohnenden Patienten überwiegen graphisch "persönliche Schwierigkeiten" als Motiv, doch "Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen" sind in beiden Gruppen von fast gleich großer Bedeutung.

Die Suizidversuch-Wiederholer in der vorliegenden Arbeit wohnen graphisch, aber statistisch nicht signifikant häufiger allein als die Erstsuiizidanten. Buglass und Horton(1974b) berichten hierzu, daß Wiederholer signifikant häufiger als Erstsuiizidanten "nicht mit Verwandten zusammenleben".

Suizidversuche bei der Gesamtbevölkerung fanden Morgan et al(1975a) gehäuft in Stadtteilen von Bristol, die im Zentrum liegen, zum Teil überbevölkert und mit wenig Wohnannehmlichkeiten ausgestattet sind, zum Teil von Studenten oder anderen jüngeren Menschen gehäuft bewohnt sind. Kessel(1965) und Buglass und Duffy(1978) fanden in Edinburgh gehäuft Suizidversuche in zentral gelegenen, überbevölkerten Slum-Gegenden mit einem hohen Anteil an Arbeitslosen, psychisch Kranken und Geschiedenen. In der vorliegenden Arbeit ist für die 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung keine Häufung auf bestimmte Stadtteile Münchens erkennbar, allerdings dürfte für eine solche Aussage die Zahl der Patienten zu gering sein.

III. Diskussion zur psychiatrischen Betreuung

nach der Klinikentlassung

1. Ambulante, psychiatrische Betreuung zum Zeitpunkt der Suizidversuche:

Hauptaufgabe der vorliegenden Arbeit war es, die besonderen Merkmale der psychiatrischen Patienten herauszufinden, die nach der Klinikentlassung bevorzugt Suizidversuche machen, und diese Ergebnisse mit der Literatur zu vergleichen. Genauere Untersuchungen, die aber dann wohl prospektiv angelegt werden müßten, wäre es wert, eine Art Qualitätsprüfung der ambulanten, psychiatrischen Betreuung durchzuführen. Im Rahmen der vorliegenden, retrospektiven Untersuchung konnten nicht die gesamten Daten über die psychiatrische Betreuung der 795 Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung in Erfahrung gebracht werden. So weit es möglich ist, sollen aber trotzdem einige Aussagen zu diesem Thema gemacht werden.

Kockott et al(1970) berichten, daß bei Suizidversuchen in der Gesamtbevölkerung 22% der Menschen innerhalb der letzten 3 Wochen vor dem Suizidversuch noch einen Arzt besuchen, dabei hochsignifikant gehäuft die Suizidversuch-Wiederholer. In der WHO-Studie(1976) in 7 europäischen Ländern sind es im Durchschnitt 28% (4-52%) innerhalb der letzten 2 vorangegangenen Wochen, und bei Möller und Werner(1979) sind es 14% innerhalb der letzten Woche. In der vorliegenden Arbeit waren allein 72,5% der 40 Patienten zum Zeitpunkt des Suizidversuchs in psychiatrischer Behandlung, ein beachtlicher Anteil, selbst wenn es sich im Gegensatz zu den oben zitierten Literaturangaben um ehemals stationär-psychiatrische Patienten mit vielen Suizidversuch-Wiederholern handelt. Jansson(1962) fand bei

Patienten nach Suizidversuch analoge Zahlen; 27,1% waren im ersten Jahr nach dem Suizidversuch ohne Kontakt zu Psychiatern. Ob nun die 795 Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung einen ebenso hohen Anteil an ambulanter, psychiatrischer Betreuung hatten, ist nicht bekannt. Pallis et al(1975) berichten jedenfalls, daß suizidale Patienten häufiger und länger ambulante und stationäre, psychiatrische Dienste in Anspruch nehmen als nicht-suizidale Patienten mit gleichen psychiatrischen Diagnosen.

Unter den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung haben die 29 Patienten mit und die 11 Patienten ohne ambulante, psychiatrische Betreuung gleichen mittleren zeitlichen Abstand zwischen Klinikentlassung und Suizidversuch, machen gleich häufig einen oder mehrere Suizidversuche innerhalb des 1.Jahres und sind gleich häufig Erstsuzidanten und Wiederholer. Morgan et al(1976) berichten hierzu, daß Wiederholer häufiger und länger in ambulanter, psychiatrischer Betreuung sind als Erstsuzidanten.

Von allen Patienten der vorliegenden Arbeit haben die mit "Psychosen" oder "körperlich begründbaren, psychischen Störungen" im 1.Jahr nach der Klinikentlassung eine Suizidversuchshäufigkeit, die unter dem Durchschnitt für alle psychiatrischen Patienten und etwa in Höhe von vergleichbaren Literaturangaben liegt. Von den 17 Patienten mit diesen Diagnosen und Suizidversuch nach der Klinikentlassung waren 16 zum Zeitpunkt des Suizidversuchs in ambulanter, psychiatrischer Betreuung. Da die Patienten mit den gleichen Diagnosen, aber ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung, sicherlich ebenfalls zahlreich in ambulanter, psychiatrischer Betreuung waren, ist anzunehmen, daß die ambulante, psychiatrische Betreuung zumindest bei den Patienten mit diesen Diagnosen einen Suizidversuch-verhindernden Effekt haben könnte.

Die Patienten mit Nicht-Psychosen unter den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung waren gleich häufig mit und ohne ambulante, psychiatrische Betreuung. In beiden Gruppen hatten sie etwa gleiche mittlere Erkrankungs-dauer und gleiche Nicht-Psychosen, insbesondere die gleichen,

für Suizidversuch risikoreichen, wie Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, depressive und hysterische Persönlichkeit. Trotzdem kann daraus noch nicht geschlossen werden, daß die ambulante, psychiatrische Betreuung bei den nicht-psychotischen Patienten ohne Suizidversuchverhindernden Effekt gewesen sei, denn durch die Negativ-Selektion fehlt der Vergleich mit der ambulanten, psychiatrischen Betreuung bei den Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung. Bagley und Greer(1971) berichten zwar, daß die Zahl der erneuten Suizidversuche durch ambulante, psychiatrische Betreuung erniedrigt wird, allerdings nicht bei den Diagnosen "antisoziale Persönlichkeit", "Alkoholismus" und "Medikamentenabhängigkeit"! Chowdhury et al(1973) zeigen, daß durch ihr experimentelles Nachsorgeprogramm, insbesondere bei Patienten mit "Alkoholproblemen", die Zahl der erneuten Suizidversuche nicht gesenkt werden konnte. Weitere Untersuchungen zur Prüfung des Suizidversuchverhindernden Effekts der ambulanten, psychiatrischen Betreuung müßten - dies zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit - besonders die Wiederholer und die psychiatrischen Patienten mit den nicht-psychotischen Risikodiagnosen in Betracht ziehen. Auch die Art eines ambulanten, psychiatrischen Nachsorgeprogrammes müßte überlegt und überprüft werden.

2. Erneute stationär-psychiatrische Therapie:

Die 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung waren im 1.Jahr hochsignifikant häufiger in erneuter stationär-psychiatrischer Therapie als die 795 Patienten ohne Suizidversuch. Die entscheidende Ursache für den Unterschied ist der Suizidversuch selbst als ein wesentlicher Einweisungsgrund. 45% der 40 Patienten kamen in diesem Zeitraum wegen eines Suizidversuchs in erneute stationär-psychiatrische Therapie, zusätzliche 20% wegen anderer Ursachen. Diese Zahlen sind recht hoch. Bei den 795 Patienten ohne Suizidversuch sind es 19,3%, die innerhalb des 1.Jahres nach der Klinikentlassung nochmals in stationär-psychiatrische Therapie kommen. Jansson (1962), der nur die Patienten mit vorangegangenen Suizidversuch

beobachtete, fand, daß innerhalb des 1. Jahres 45,8% wegen eines erneuten Suizidversuchs und weitere 7,8% wegen anderer Ursachen in erneute, stationär-psychiatrische Therapie kamen.

3. Überweisung in stationär-psychiatrische Therapie nach den Suizidversuchen:

Ohne Unterschied im Geschlecht, wurden nach den Suizidversuchen im 1. Jahr nach der Klinikentlassung 38% der 40 Patienten in stationär-psychiatrische Therapie und weitere 6% in eine psychiatrische Tag- oder Nachtambulanz überwiesen. Damit liegen die Zahlen erwartungsgemäß höher als bei Suizidversuchen in der Gesamtbevölkerung; bei Köhler(1972) werden 14% der Männer und 16% der Frauen, bei Morgan et al(1975b) 20% und bei Grüneberg und Ibe(1972) 22% der Patienten, ohne Geschlechtsunterschied, nach den Suizidversuchen in eine stationär-psychiatrische Therapie überwiesen.

In der vorliegenden Arbeit haben die Patienten, die nach dem Suizidversuch in stationär-psychiatrische Therapie überwiesen wurden, eine graphisch nur gering höhere, mittlere Intoxikationsstufe (I-II) als die nach Hause Entlassenen (Stufe I), obwohl, wie schon eingehend berichtet, aus der Intoxikationsstufe nicht auf das Wiederholungsrisiko geschlossen werden kann. Auch Bagley und Greer(1971) berichten, daß Patienten mit geringer Intoxikationsstufe oft vom medizinischen Personal nach Hause entlassen werden und vorher keinem Psychiater vorgestellt worden sind. In der vorliegenden Arbeit wurden alle Patienten nach dem Suizidversuch einem psychiatrischen Konsiliararzt vorgestellt.

Auffällig ist, daß dabei die Patienten mit Psychosen nach dem Suizidversuch häufiger in stationär-psychiatrische Therapie überwiesen wurden als die Patienten mit Nicht-Psychosen, obwohl gerade die Patienten mit Nicht-Psychosen ein höheres Wiederholungsrisiko haben als die Patienten mit Psychosen. Damit zusammenhängend wurden zumindest graphisch auch die Erstsuzidanten, vorwiegend Patienten mit Psychosen, häufiger

in stationär-psychiatrische Therapie überwiesen als die Wiederholer. Auch Buglass und Horton(1974b) berichten, daß die Patienten, die nach einem Suizidversuch in stationär-psychiatrische Therapie eingewiesen wurden, in vielen Merkmalen genau nicht den typischen Suizidversuch-Wiederholern entsprechen. So waren die nach einem Suizidversuch in stationär-psychiatrische Therapie überwiesenen Patienten gehäuft depressiv, weiblich und älter als 45 Jahre, hatten aber nicht gehäuft die für Suizidversuch-Wiederholung typischen Kennzeichen "frühere Suizidversuche", Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, Soziopathie, Arbeitslosigkeit und Trennung oder Scheidung. Weissman et al(1973) weisen zudem nach, daß sich Patienten mit Suizidversuch von nicht-suizidalen, depressiven Patienten nicht durch das Maß an Depressivität, sondern durch größere "Feindseligkeit" (auch gegen das Krankenhauspersonal) unterscheiden. Diese "Feindseligkeit" dürfte teilweise gerade auch bei Patienten mit den Diagnosen häufig zu finden sein, bei denen am ehesten Suizidversuch-Wiederholung vorkommt. Es ist zu hoffen, daß diese "Feindseligkeit" nicht Ursache dafür ist, daß diese Patienten nicht in die richtige Therapie gelangen und erneut Suizidversuche machen.

T a b e l l e n u n d G r a p h i k e n

Tab.1 Anzahl der zum Suizidversuch eingenommenen Substanzen

1 Substanz	39 SV	75 %
2 Substanzen der gleichen Gruppe	5 SV	9,5%
2 Substanzen aus versch. Gruppen	4 SV	7,5%
3 Substanzen " " "	2 SV	4 %
4 Substanzen " " "	1 SV	2 %
Unbekannt	1 SV	2 %
	52 SV	100 %

Tab.2

Spalte 1: Art der zum Suizidversuch eingenommenen Substanz (x)

Spalte 2: Identität von eingenommener Substanz und zur Therapie verordneter Substanz

Spalte 3: Identität von eingenommener Substanz und Medikamenten-abhängigkeit laut Krankengeschichte

	Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3
Neuroleptika	3	3	-
Lithium	1 19%	1	-
Antidepressiva	8	4	1
Tranquillizer	12 19%	1	4
Schlafmittel	29 46%	2	13
Analgetika	4 6%	-	1
Antiepileptika	2	2	-
Distraneurin	2 8%	1	1
Antabus	1	1	-
Unbekanntes Med.	1 2%	-	-
Nicht-med.Gift	- -	-	-
	63 Med. 100%	15	20

(x) = Mehrere Substanzen der gleichen Gruppe zählen als ein Mal

Tab.3 Schlafmittelvergiftungen bei Erstsuiizidanten und Wiederholern

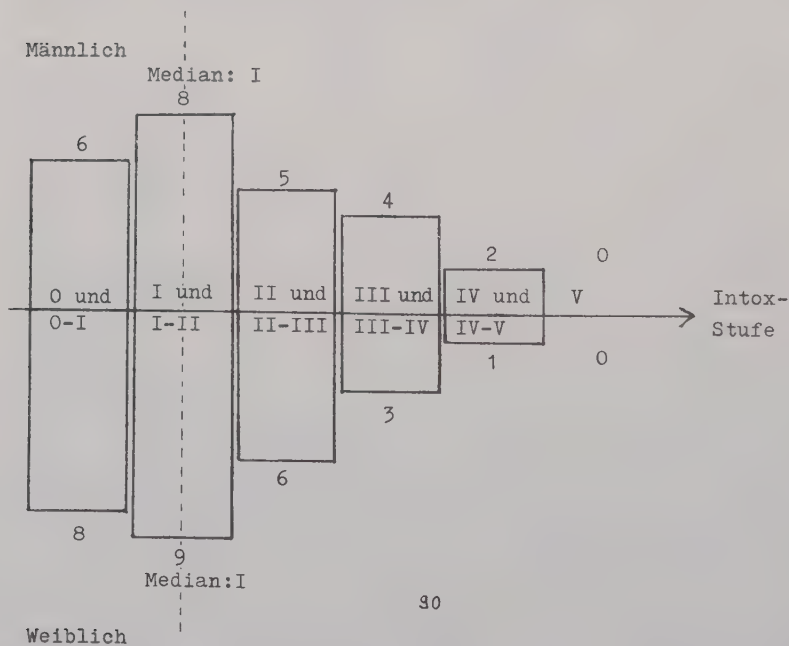
Erstsuiizidant	Pat.-Anzahl	Schlafmittel am SV		SV-Ges.
		beteiligt	- nicht beteiligt	
a. ohne Med.- Abhängigkeit	10	9	1	10
b. mit Med.- Abhängigkeit	1	1	-	1
	<u>11</u>	<u>10</u>	<u>1</u>	<u>11</u>

Wiederholer	Pat.-Anzahl	Schlafmittel am SV		SV-Ges.
		beteiligt	- nicht beteiligt	
a. ohne Med.- Abhängigkeit	18	6	14 1 Unbekannt	21
b. mit Med.- Abhängigkeit	11	13	7	20
	<u>29</u>	<u>19</u>	<u>22</u>	<u>41</u>

Tab.4 Intoxikationsstufe

<u>Intox.-Stufe</u>	<u>M</u>	<u>W</u>	<u>Ges.</u>	
0	3	2	5	} 81%
0-I	3	6	9	
I	7	6	13	
I-II	1	3	4	
II	5	5	10	
II-III	-	1	1	} 19%
III	4	3	7	
III-IV	-	-	-	
IV	2	1	3	
IV-V	-	-	-	
V	-	-	-	
	<u>25</u>	<u>27</u>	<u>52SV</u>	<u>100%</u>

Graphik 1 Intoxikationsstufe



Tab.5 Alkoholbeteiligung bei den Suizidversuchen

	M	W	Ges.	A	N-A	Erst	Wdh
Alkohol							
a. beteiligt	16	10	26	24	2	5	21
b. nicht beteiligt	5	10	15	-	15	5	10
c. Unbekannt	4	7	11	3	8	1	10
	<u>25</u>	<u>27</u>	<u>52</u>	<u>27</u>	<u>25</u>	<u>11</u>	<u>41</u>

M = männlich

W = weiblich

Ges. = gesamte Anzahl der Suizidversuche

A = 20 Patienten mit Alkoholismus laut Krankengeschichte

N-A = 20 Patienten ohne Alkoholismus laut Krankengeschichte

Erst = Erstsuzidanten

Wdh = Wiederholer

Tab.6 Ort der Suizidversuche

	Alle SV		Nur SV der alleine Wohnenden	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Eigene Wohnung	28	54%	12	52%
Andere Wohnung	2	4%	2	9%
Arbeitsplatz	1	2%	-	-
Gefängnis	1	2%	-	-
Nachtklinik	1	2%	-	-
Straße	1	2%	1	4%
Unbekannt	18	34%	8	35%
	<u>52</u>	<u>100%</u>	<u>23</u>	<u>100%</u>

Tab.7 Entdeckung der Suizidversuche

		Alle SV		Nur SV der alleine Wohnenden	
		Anzahl	%	Anzahl	%
Rettung selbst eingeleitet		3	6%	2	9%
a. Ehepartner	2			-	
b. Intimpartner	5			3	
c. Freund(in)	7			4	
d. Vater	2			2	
e. Mutter	5			1	
Nahestehende Personen (a-e)		21	40%	10	44%
a. Nachbarn	1			1	
b. Personal in Gefängnis od. Nacht klinik	2			1	
c. Arbeitskollegen	1			-	
d. Fremde Person	1			1	
e. Polizei	1			1	
Andere Personen (a-e)		6	12%	4	17%
Unbekannt		22	42%	7	30%
		52	100%	23	100%

Tab.8 Entdeckung und Motiv der Suizidversuche

Spalte 1: Motiv "Konflikt mit Ehe- oder Intimpartner, Eltern oder Freund(in)

Spalte 2: Andere Motive

	Spalte 1		Spalte 2	
Rettung selbst eingeleitet	-	-	3	6%
Konfliktperson	8	47%	9	26%
Andere nahesteh. Person	4	24%		
Sonstige Personen	-	-	6	20%
Unbekannt	5	29%	17	48%
	17	100%	35	100%

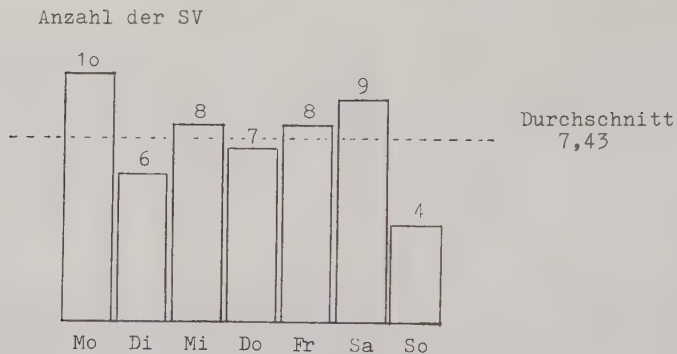
Tab.9 Einlieferung ins Krankenhaus zur Entgiftung

	Anzahl	%
Kranken-oder Notarztwagen	41	79%
Selbst gekommen	1	2%
Polizei	1	2%
Unbekannt	9	17%
	52 SV	100%

Tab.10 Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und Klinik-
aufnahme zur Entgiftung

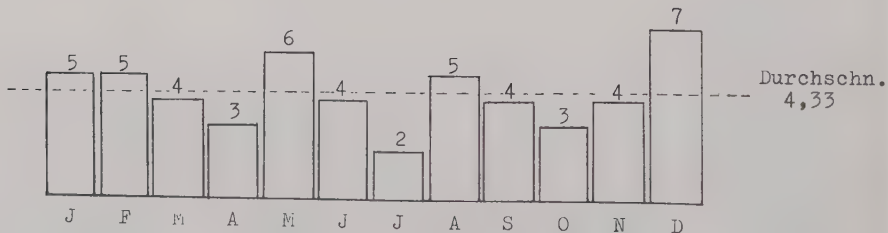
	M	W	Ges.	Nur alleine Wohnende
1 Stunde	3	5	8	3
2 Stunden	2	2	4	3
3 Stunden	2	3	5	2
4 Stunden	3	1	4	3
5 Stunden	1	-	1	1
6 Stunden	1	-	1	1
7 Stunden	-	1	1	1
8 Stunden	1	-	1	1
9 Stunden	1	-	1	-
10 Std.	1	1	2	-
11 Std.	-	1	1	-
12 Std.	-	2	2	-
bis 18 Std.	3	-	3	2
bis 48 Std.	1	3	4	2
Unbekannt	6	8	14	4
	25	27	52 SV	23 SV

Graphik 2 Verteilung der Suizidversuche auf die Wochentage



Graphik 3 Verteilung der Suizidversuche auf die Monate

Anzahl der SV

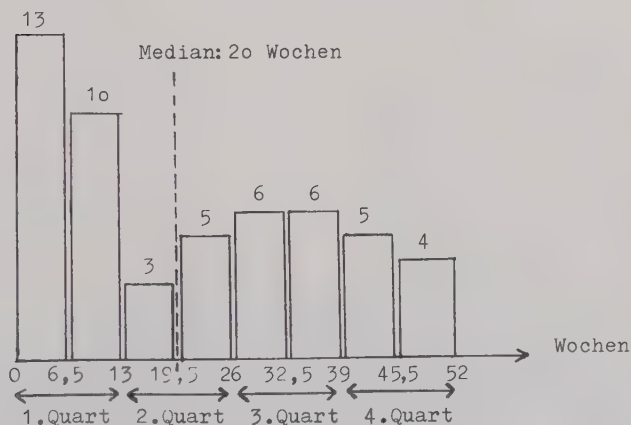


Tab.11 Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und vorangegangener Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie in der Psychiatr. Universitätsklinik München

	M	W	Ges.	%
1. Quartal	11	12	23	44,2%
2. Quartal	6	2	8	15,4%
3. Quartal	4	8	12	23,1%
4. Quartal	4	5	9	17,3%
	25	27	52	100 %

Graphik 4 Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und vorangegangener Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie in der Psychiatr. Universitätsklinik München

Anzahl der SV

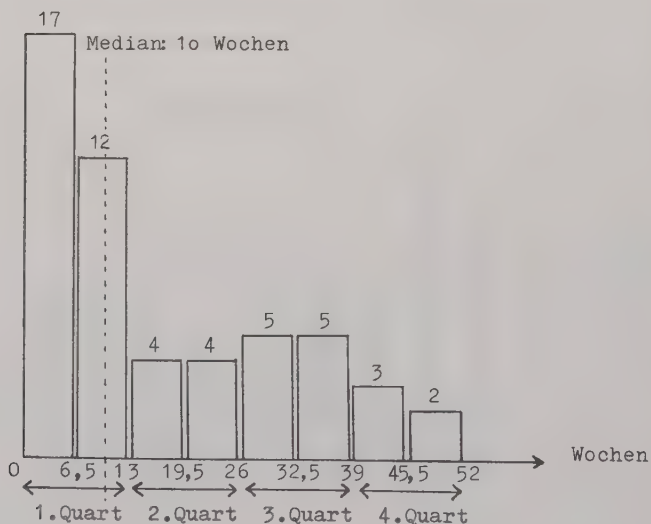


Tab.12 Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und letzter vorangegangener Entlassung aus einer der stationär-
psychiatrischen Therapien Münchens und Umgebung

	M	W	Ges.	%
1. Quartal	14	15	29	55,8%
2. Quartal	5	3	8	15,4%
3. Quartal	4	6	10	19,2%
4. Quartal	2	3	5	9,6%
	25	27	52	100 %

Graphik 5 Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und letzter vorangegangener Entlassung aus einer der stationär-
psychiatrischen Therapien Münchens und Umgebung

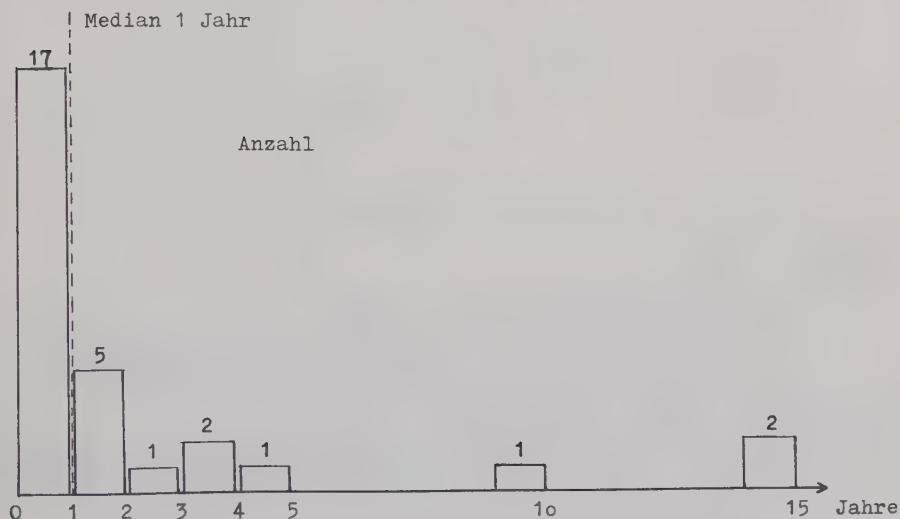
Anzahl der SV



Tab.13 Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und letztem vorangegangenem Suizidversuch bei den 29 Wiederholern

Zeitl.Abstand	Anzahl	Zeitl.Abstand	Anzahl
bis 1 Monat	2	bis 1 Jahr	5
" 2 Monate	1	" 1 $\frac{1}{2}$ Jahre	2
" 3 Monate	2	" 2 Jahre	3
" 4 Monate	2	" 3 Jahre	1
" 5 Monate	-	" 4 Jahre	2
" 6 Monate	1	" 5 Jahre	1
" 7 Monate	1	" 10 Jahre	1
" 8 Monate	3	" 15 Jahre	2
			29

Graphik 6 Zeitlicher Abstand zwischen Suizidversuch und letztem vorangegangenem Suizidversuch bei den 29 Wiederholern



Tab.14 Motiv der Suizidversuche

	M	W	Ges.	%	P	N-P
1.Konflikt mit Ehepartner	3	3	6		-	6
2.Konflikt mit Intimpartner	2	5	7		2	5
3.Konflikt mit Freund(in)	-	2	2	35%	1	1
4.Konflikt mit Eltern	1	1	2		1	1
5.Konflikt mit fremder Person	-	1	1		-	1
6.Persönliche Schwierigkeiten	6	5	11	21%	7	4
7.Einsamkeit, Trennung	1	1	2	4%	-	2
8.Psychotische Affektstörungen	2	2	4	8%	4	-
9.Chron.körperl. Erkrankung	1	-	1	2%	1	-
10.Finanz.u.soziale Probleme	3	3	6	11%	2	4
11.Probleme wegen psychiatr.Therapie	2	1	3	6%	2	1
12.Straftaten	1	-	1	2%	-	1
13.Unbekannt	3	3	6	11%	1	5
	<u>25</u>	<u>27</u>	<u>52 SV</u>	<u>100%</u>	<u>21</u>	<u>31</u>

M = männlich

W = weiblich

Ges. = gesamte Anzahl der Suizidversuche

P = Erstdiagnose "Psychose" (ICD 290-299), ohne Alkoholrausch als Psychose zu klassifizieren (ICD 291.4), und "körperlich begründbare, nicht-psychotische, psychische Störung"(ICD 309); Oligophrenien (ICD 310-315)

N-P = Nicht-Psychosen: Neurosen, Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) und andere nicht psychotische, psychische Störungen (ICD 300-308)

Anmerkungen zur Tab.14 Motiv der Suizidversuche:

Zu 6. Persönliche Schwierigkeiten:	M	W
"Kontaktschwierigkeiten"	1	-
"Angst" (diffus, vor neuer Depression)	3	-
Insuffizienzgefühle	-	3
"Innere Leere", "Leben sinnlos"	2	2
	6	5
Zu 7. Einsamkeit, Trennung:		
"Kann Scheidung nicht überwinden"	1	-
"Einsamkeit, im Alter überflüssig"	-	1
	1	1
Zu 8. Psychotische Affektstörungen:		
"Kopfschmerz durch Gefühlstau" (Lat.Schizophr.)	1	-
"Aus dem Leiden ausbrechen" (Lat.Schizophrenie)	-	1
"Tiefe Depression" (Endogene Depression und Manisch-depr. Psychose)	1	1
	2	2
Zu 9. Chron.körperl. Erkrankung:		
"Leben sinnlos" wegen Hemiparese nach Unfall	1	-
Zu 10. Finanzielle und soziale Probleme:		
"Finanz.Forderungen der gesch.Frau"	1	-
"Drohender Arbeitsplatzverlust"	1	1
"Versetzung am Arbeitsplatz"	1	-
Streit mit Versicherung wegen Rente	-	1
Streit mit Jugendamt, Kind wurde genommen und an Pflegeeltern gegeben	-	1
	3	3
Zu 11. Probleme wegen psychiatr. Therapie:		
Patient will in einer von ihm gewünschten psychiatr.Klinik aufgenommen werden, Arzt wünscht andere Klinik	2	-
Patient will nicht wieder in psychiatr. Klinik eingewiesen werden	-	1
	2	1
Zu 12. Straftaten:		
Einlieferung in Untersuchungshaft wegen Verstoß gegen Betäubungsmittelgesetz	1	-

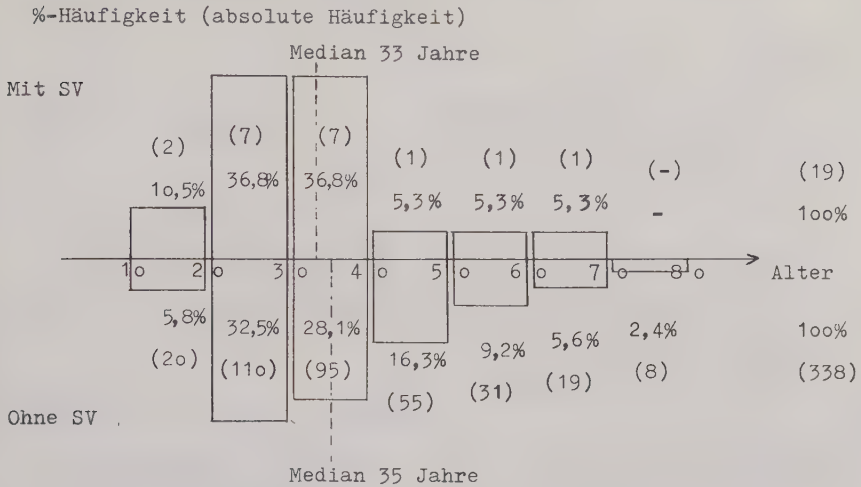
Tab.15a Geschlecht der Patienten mit und ohne Suizidversuch
nach der Klinikentlassung

	Nach der Klinikentlassung			
	Alle Pat.	Pat.ohne SV	Pat.mit SV	%
Männlich	357	338	19	5,3%
Weiblich	478	457	21	4,4%
	835	795	40	4,8%

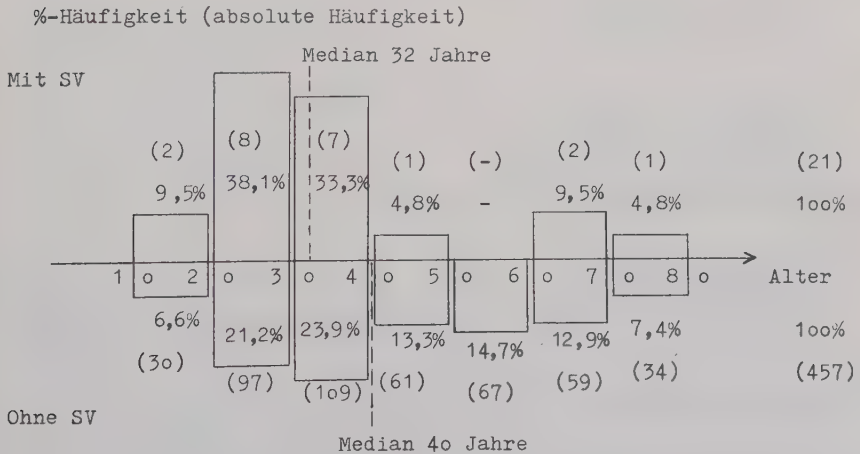
Tab.15b Geschlecht der Erstsuiizidanten und Wiederholer

	Erst	Wdh	Ges.
Männlich	5	14	19
Weiblich	6	15	21
	11	29	40

Graphik 7 Alter der männlichen Patienten mit und ohne Suizid-
versuch nach der Klinikentlassung



Graphik 8 Alter der weiblichen Patienten mit und ohne Suizid-
versuch nach der Klinikentlassung



Tab.16 Psychiatrische Diagnosen der 40 Patienten mit Suizid-
versuch nach der Klinikentlassung (mit ICD-Nummern)

	1.Diagnose		2.Diagnose		3.Diagnose	
	M	W	M	W	M	W
1a.Schizophrenie:						
Hebephrenie(295.1)	1	-	-	-	-	-
Paranoide Schiziphrenie(295.3)	1	-	-	-	-	-
Latente Schizophrenie(295.5)	2	-	-	-	-	-
Schizophrener Defekt- zustand(295.6)	1	2	-	-	-	-
Schizo-affektive Psychose (295.7)	-	1	-	-	-	-
Paranoide Syndrome:						
Paranoide Psychose im Involutionsalter(297.1)	-	1	-	-	-	-
Andere Psychosen:						
Akute paranoide Reaktion (298.3)	<u>1</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
	6	4	-	-	-	-
1b.Affektive Psychosen:						
Endogene Depression (296.2)	1	1	-	-	-	-
Zyklothymie(296.3)	-	3	-	-	-	-
Andere Psychosen:						
Reaktive depressive Psychose(298.o)	<u>-</u>	<u>1</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
	1	5	-	-	-	-
2.Körperlich begründbare, nicht-psychotische, psychische Störungen:						
Bei Hirnverletzung(3o9.2)	1	-	-	-	-	-
Bei Epilepsie(3o9.4)	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>1</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
	1	-	1	-	-	-
3.Oligophrenien:						
Minderbegabung(31o)	-	-	1	2	-	-
Leichter Schwachsinn(311)	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>1</u>
	-	-	1	2	-	1
<u>Summe</u> aus 1a+1b+2+3 (P)	8	9	2	2	-	1

Fortsetzung von Tab.16 Psychiatr.Diagnosen der 40 Patienten mit
Suizidversuch nach der Klinikentlassung
(mit ICD-Nummern)

	1.Diagnose		2.Diagnose		3.Diagnose	
	M	W	M	W	M	W
4a.Neurosen:						
Hyster.Neurose(300.1)	-	-	-	1	-	1
Depressive Neurose(300.4)	1	4	3	2	2	3
	1	4	3	3	2	4
4b.Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien):						
Depressive Persönlichkeit(301.1)	-	2	-	-	-	-
Hyster.Persönlichkeit(301.5)	-	2	1	4	-	1
Antisoziale Persönlichk.(301.7)	-	-	1	-	-	-
Psychoneurot.Persönlichk.(301.8)	-	1	-	-	-	-
Haltschwache Persönlichk.(301.8)	-	-	1	-	-	-
	-	5	3	4	-	1
4c.Alkoholismus:						
Episodischer Alkoholmißbrauch (303.0)	-	1	1	1	-	-
Gewohnheitsmäßiger Alkohol- mißbrauch(303.1)	1	-	-	1	-	-
Chron.Alkoholismus(303.2)	6	-	1	1	-	-
Andere Form v.Alkoholismus (303.9)	-	-	1	-	-	-
	7	1	3	3	-	-
						(x)
4d.Medikamentenabhängigkeit (Sucht und Mißbrauch):						
Heroin-Abhängigk.(304.0)	1	-	-	-	-	-
Barbiturate(304.2)	-	-	-	1	-	-
Andere Schlafmittel,Sedativa u.Tranquilizer(304.3)	1	2	-	-	1	-
Andere Stimulation(304.6)	1	-	-	-	-	-
Andere Medikamente und kombinierte(304.8)	-	-	1	-	-	-
	3	2	1	1	1	-
						(xx)
<u>Summe</u> aus 4a-d (N-P)	11	12	10	11	3	5
<u>Summe</u> aus 1a+1b+2+3 (P)	8	9				
Gesamtsumme (P)+(N-P)	19	M 21	W			

(x) = Laut Krankengeschichte besteht bei 6 weiteren Patienten eine Form von Alkoholismus

(xx) = Laut Krankengeschichte besteht bei 6 weiteren Patienten eine Form von Medikamentenabhängigkeit(Sucht,Mißbrauch)

Tab.17 Psychiatrische Erstdiagnose der Patienten mit und ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung(mit ICD-Nummern)

	Nach der Klinikentlassung			
	Alle Pat.	Pat.ohneSV	Pat.mitSV	%
1a.Schizophrenie(295)	195	187	8	4,4%
Paranoide Syndrome(297)	34 } 229	32 } 219	2 } 10	
Akute paranoide Reaktion(298.3)				
1b.Affektive Psychosen(296)	178	173	5	3,1%
Reaktive depressive Psychose(298.0)	13 } 191	12 } 185	1 } 6	
1c.Organische Psychosen (290,292,293,294)	68	68	-	-
1d.Alkoholpsychosen(291), ohne Alkoholrausch (291.4)	28	28	-	-
2.Körperlich begründbare, nicht psychotische, psychische Störungen(309)	28	27	1	3,6%
3.Oligophrenien(310-315)	2	2	-	-
4a.Neurosen(300)	119	114	5	4,2%
4b.Persönlichkeitsstörungen (Psychopathien) (301)	48	43	5	10,4%
4c.Alkoholismus(303)	51	43	8	10,1% (x)
4d.Medikamentenabhängigkeit (304)	42	37	5	11,9%
4e.Sexuelle Verhaltensabweichungen (302) und Besondere Symptome (306)	6	6	-	-
4f.Kurzfristige psychische Auffälligkeiten bei situativen Belastungen	21	21	-	-
4g.Alkoholrausch(291.4) ohne Zweit-oder Dritt diagnose	2	2	-	-
	835	795	40	4,8%

(x) = Zur Berechnung dieser Prozentzahl wurde Gruppe 4c+1d verwedet.

Tab.18 Anzahl der Suizidversuche im 1.Jahr nach der Klinikentlassung bei:

P = Psychosen, körperlich begründbaren, psychischen Störungen und Oligophrenien

N-P = Nicht-Psychosen

	P	N-P	Ges.
Ein Suizidversuch	13	16	29
Mehrere Suizidversuche	4	7	11
	17	23	40

Tab.19 Erstsuzidanten und Wiederholer bei Psychosen usw.(P) und Nicht-Psychosen(N-P)

	P	N-P	Ges.
Erstsuzidant	8	3	11
Wiederholer	9	20	29
	17	23	40

Tab.20 Anzahl der vorangegangenen Suizidversuche bei den 29 Wiederholern

	M	W	Ges.	P	N-P
Ein Suizidversuch	5	3	8	} 8	10
2 Suizidversuche	4	6	10		
3 Suizidversuche	2	6	8	} 1	10
4 Suizidversuche	1	-	1		
5 Suizidversuche	1	-	1		
8 Suizidversuche	1	-	1		
	14	15	29	9	20

Tab.21 Dauer der psychiatrischen Erkrankung bei den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

	M	W	Ges.
Bis zu 1 Jahr	2	2	4
1-5 Jahre	4	7	11
6-10 Jahre	8	5	13
11-20 Jahre	5	4	9
21-30 Jahre	-	1	1
Unbekannt	-	2	2
	19	21	40

Tab.22 Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufenthalte vor dem Suizidversuch

	M	W	Ges.
1 Aufenthalt	8	5	13
2 Aufenthalte	3	5	8
3 Aufenthalte	4	2	6
4 Aufenthalte	2	2	4
5 Aufenthalte	-	-	-
6 Aufenthalte	-	3	3
7 Aufenthalte	-	1	1
8 Aufenthalte	-	1	1
9 Aufenthalte	⋮	⋮	⋮
10 Aufenthalte	⋮	⋮	⋮
11 Aufenthalte	⋮	⋮	⋮
12 Aufenthalte	-	1	1
13 Aufenthalte	⋮	⋮	⋮
14 Aufenthalte	1	-	1
15 Aufenthalte	⋮	⋮	⋮
16 Aufenthalte	-	1	1
17 Aufenthalte	⋮	⋮	⋮
18 Aufenthalte	⋮	⋮	⋮
19 Aufenthalte	1	-	1
	19	21	40

Tab.23 Häufigkeit von "Zerbrochener Familie" (Broken Home) bei den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

	M	W	Ges.
a. Bis zum einschl. 6.Lebensjahr			
Mit "Zerbrochener Familie"	6	8	14
Ohne "Zerbrochene Familie"	13	12	25
Unbekannt	-	1	1
	19	21	40
b. Bis zum einschl. 14.Lebensjahr			
Mit "Zerbrochener Familie"	8	10	18
Ohne "Zerbrochene Familie"	11	10	21
Unbekannt	-	1	1
	19	21	40

Tab.24 Häufigkeit von "Zerbrochener Familie" (Broken Home) bei Psychosen usw.(P) und Nicht-Psychosen(N-P)

	P	N-P	Ges.
Bis zum einschl. 14.Lebensjahr			
Mit "Zerbrochener Familie"	6	12	18
Ohne "Zerbrochene Familie"	10	11	21
Unbekannt	1	-	1
	17	23	40

Tab.25 Psychische Erkrankungen in den Familien der 40 Patienten
mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

Zwillingsschwester: 1 Mal Hebephrenie
Eltern: 1 Mal Schizophrenie
2 Mal Endogene Depression
4 Mal Chronischer Alkoholismus
Großmutter: 1 Mal Endogene Depression
1 Mal Nicht genau bekannte psychiatrische
Erkrankung

Tab.26 Selbstmorde und Selbstmordversuche in den Familien der
40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

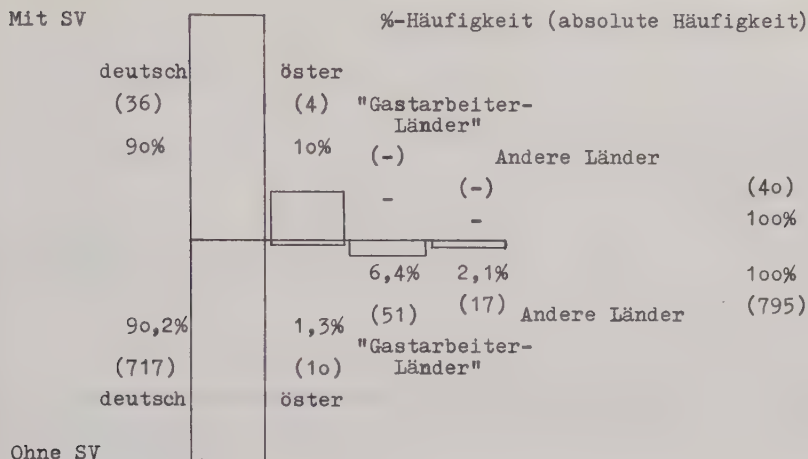
a. Selbstmorde in den Familien:

1 Selbstmord einer Zwillingsschwester vor 8 Jahren
1 Selbstmord des Vaters vor 30 Jahren
1 Selbstmord der Mutter vor 8 Jahren

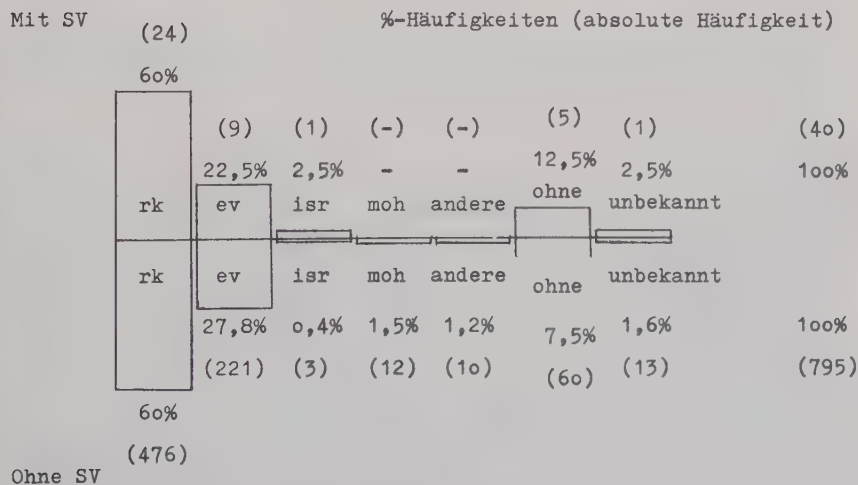
b. Selbstmordversuche in den Familien:

1 Selbstmordversuch der Mutter vor 8 Jahren

Graphik 9 Staatsangehörigkeit der Patienten mit und ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung



Graphik 10 Religionszugehörigkeit der Patienten mit und ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung



Tab.27 Familienstand mit Altersmedian bei den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

	M	W	Ges.	%	Altersmedian
Ledig	9	14	23	57,5%	26 Jahre
Verheiratet nicht-getrennt	3	3	6	15 %	} 37 Jahre
Verheiratet getrennt	1	1	2	5 %	
Geschieden	6	2	8	20 %	36 Jahre
Verwitwet	-	1	1	2,5%	(67 Jahre)
	19	21	40	100 %	32,5 Jahre

Tab.28a Beruf der 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

	M	W	Ges.	%
Arbeiter	3	2	5	12,5%
Handwerker	3	1	4	10 %
Angestellte	7	6	13	32,5%
Schüler	2	1	3	7,5%
Student	-	-	-	-
Lehrling	-	-	-	-
Hausfrau	-	5	5	12,5%
Kaufmann(selbstst.)	-	-	-	-
Beamter	1	-	1	2,5%
Soldat	-	-	-	-
Akademiker (1 Beamter)	-	-	-	-
Künstler/Journalist	-	-	-	-
Pflegeberufe	-	4	4	10 %
Gastwirtsgewerbe	3	2	5	12,5%
Dirnen	-	-	-	-
Ohne Beruf	-	-	-	-
	19	21	40	100 %

Tab.28b Beruf und psychiatrische Erstdiagnose bei den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

	S+S'	D	Org	Neur	PP	Alk	Med	Ges.
Arbeiter	2	-	-	-	1	2	-	5
Handwerker	1	1	-	-	-	2	-	4
Angestellte	4	1	1	1	1	3	2	13
Schüler	2	-	-	-	1	-	-	3
Hausfrau	-	2	-	1	1	-	1	5
Beamter	-	-	-	-	-	-	1	1
Pflegeberufe	1	1	-	1	1	-	-	4
Gastwirtsgewerbe	-	1	-	2	-	1	1	5
	<u>10</u>	<u>6</u>	<u>1</u>	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>8</u>	<u>5</u>	<u>40</u>

S+S' = Schizophrenie+Paranoide Syndrome+Akute paranoide Reaktion(1a)

D = Affektive Psychosen+Reaktive depressive Psychose(1b)

Org = Körperlich begründbare, nicht psychot.,psychische Störung(2)

Neur = Neurosen(4a)

PP = Persönlichkeitsstörungen(Psychopathien)(4b)

Alk = Alkoholismus(4c)

Med = Medikamentenabhängigkeit(4d)

Tab.29 Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt des Suizidversuchs bei den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

	M	W	Ges.
Schüler	2	1	3
Hausfrau	-	5	5
In Rente	-	2	2
Erwerbstätig	12	10	22
Arbeitslos	5	3	8
	<u>19</u>	<u>21</u>	<u>40</u>

Tab.30 Soziale Schicht der 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

	M	W	Ges.	%
Schicht I	-	-	-	-
Schicht II	1	1	2	5 %
Schicht III	9	7	16	40 %
Schicht IV	6	11	17	42,5%
Schicht V	3	2	5	12,5%
	<u>19</u>	<u>21</u>	<u>40</u>	<u>100 %</u>

Tab.31 "Ohne festen Wohnsitz" bei den Patienten mit und ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung

	Nach der Klinikentlassung			
	Alle Pat.	Pat.ohneSV	Pat.mitSV	%
"Ohne festen Wohnsitz"	13	11	2	15,4%
Mit festem Wohnsitz	<u>822</u>	<u>784</u>	<u>38</u>	<u>4,6%</u>
	835	795	40	4,8%

Tab.32 Wohnsituation der 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

Patient wohnt:	M	W	Ges.	%
Alleine	9	8	17	42,5%
Mit Ehepartner	3	3	6	} 27,5%
" Intimpartner	-	1	1	
" Freund(in)	-	2	2	
" beiden Eltern	-	-	-	
" einem Elternteil	1	1	2	} 27,5%
Wohnheim	2	3	5	
Obdachlosenasyll	2	-	2	
Gefängnis	1	-	1	
Nachtklinik	1	2	3	} 2,5%
Unbekannt	-	1	1	
	<u>19</u>	<u>21</u>	<u>40</u>	<u>100 %</u>

Tab.33 Wohnsituation der 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung und Motiv für diese Suizidversuche

	Alleine wohnend		Andere Wohnsituation	
1.Konflikt mit Ehepartner	2		4	
2.Konflikt mit Intimpartner	4		3	
3.Konflikt mit Freund(in)	1	35%	1	34%
4.Konflikt mit Eltern	-		2	
5.Konflikt mit fremder Person	1		-	
6.Persönliche Schwierigkeiten	8	35%	3	10,5%
7.Einsamkeit, Trennung	2	9%	-	-
8.Psychotische Affektstörungen	1	4%	3	10,5%
9.Chron.körperl. Erkrankung	-	-	1	3,5%
10.Finanz.u.soziale Probleme	2	9%	4	14%
11.Probleme wegen psychiatr.Therapie	1	4%	2	7%
12.Straftaten	-	-	1	3,5%
13.Unbekannt	1	4%	5	17%
	23	100%	29	100%

Tab.34 Wohnsitzverteilung der 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung auf die verschiedenen Stadtteile Münchens(Postbezirke)

München 5, 19, 45 (Hasenbergl u.a.), 82 :	je 1 Patient
München 50, 60, 80, 81, 83 (Perlach) :	je 2 Patienten
München 2, 21 :	je 3 Patienten
-	je 4 Patienten
München 70 (Sendling, Großhadern u.a.) :	5 Patienten
München 90 (Giesing, Harlaching u.a.) :	6 Patienten
München 40 (Schwabing, Max-Vorstadt) :	7 Patienten
Ohne festen Wohnsitz (Obdachlosenasy) :	2 Patienten

Tab.35 Ambulante psychiatrische Betreuung zum Zeitpunkt der Suizidversuche bei den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

	M	W	Ges.	%	P	N-P
Niedergelassener Psychiater	9	10	19	72,5%	10	9
Ambulanz der Psychiatr. Universitätsklinik	2	3	5		4	1
Drogenberatungsstelle	1	1	2		-	2
Nachtklinik	2	1	3		2	1
Ohne psychiatrische Betreuung	5	6	11	27,5%	1	10
	19	21	40	100 %	17	23

P = Psychose + Körperlich begründbare, nicht-psychotische, psychische Störung + Oligophrenie

N-P = Nicht-Psychosen

Tab.36 Ambulante psychiatrische Betreuung zum Zeitpunkt der Suizidversuche bei den Erstsuiizidanten und Wiederholern unter den 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

	Erst	Wdh	Ges.
Mit ambulanter psychiatr. Betreuung	9	20	29
Ohne ambulante psychiatr. Betreuung	2	9	11
	11	29	40

Tab.37 Verfahren nach den Suizidversuchen bei den 40 Patienten
mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung

	M	W	Ges.	%	P	N-P
Entlassen nach Hause	12	16	28	54%	7	21
Verlegt in stationär- psychiatr. Therapie	10	10	20	38%	12	8
Verlegt in Nachtklinik	2	1	3	6%	2	1
Entlaufen	1	-	1	2%	-	1
	25	27	52SV	100%	21	31

Tab.38 Verfahren nach den Suizidversuchen bei den Erstsuzidanten
und Wiederholern unter den 40 Patienten mit Suizidversuch
nach der Klinikentlassung

	Erst		Wdh	
Entlassen nach Hause	5	45%	23	56%
Verlegt in stationär- psychiatr. Therapie	6	55%	14	34%
Verlegt in Nachtklinik	-	-	3	7%
Entlaufen	-	-	1	3%
	11SV	100%	41SV	100%

Tab.39 Literaturangaben über das eingenommene Gift zu allen untersuchten Vergiftungen:

	Neurolept. Lithium Antidepr.	Tranquil.	Schlaf- mittel	Anal- getik.	sonst. Medik.	Nicht med. Gifte	Kom
Böhme et al (1976)	 6%	.....	64%	 14%	.....	16%	
Grüneberg und Ibe(1972)							
a.1962/63	 2%	.....	83%	7%	-	-	8%
b.1970/71	 18%	.....	67%	7%	-	-	8%
Pöldinger (1968)	 13%	.....	57%	13%	-	17%	
Achté und Ginman (1966)	 21%	.....	65%	8%	4%	2%	(24%)
Kessel(1965)	 23%	.....	55%	12%	1%	9%	
Kockott et al (1970)	 72%	.....		..... 28%	.....	-	(14%)
Bridges und Koller(1966)	?	?	58%	27%	15%	?	-
Linden(1969)	?	?	81%	?	16%	?	3%
Bean(1974)	7%	10%	31%	20%	15%	17%	
Lukianowicz (1972)	9%	(-)	70%	5%	(-)	-	16%
Thilges und Battegay(1970)	 36%	.....	... 63%	...	-	1%	

L i t e r a t u r v e r z e i c h n i s

1. Achté,K.A.: Der Verlauf der Schizophrenien und der schizophreniformen Psychosen. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 155 (1961)
2. Achté,K.A. und L.Ginman: Suicidal Attempts with Narcotics and Poisons. Acta Psychiat. Scand. 42, 214-32 (1966)
3. Adams,R.L., M.B.Giffen, F.Garfield: Risk Taking among Suicide Attempters. J. Abnorm. Psychol. 82, 262-67 (1973)
4. Andriola,J.: A Note on the Possible Iatrogenesis of Suicide. Psychiat. 36, 213-18 (1973)
5. Bagley,Ch. und S.Greer: Clinical and Social Predictors of Repeated Attempted Suicide: A Multivariate Analysis. Br. J. Psychiat. 119, 515-21 (1971)
6. Bancroft,J. und P.Marsack: The Repetitiveness of Self-poisoning and Self-injury. Br. J. Psychiat. 131, 394-99 (1977)
7. Bancroft,J., A.M.Skrimshire, S.Simkin: The Reasons People Give for Taking Overdose. Br. J. Psychiat. 128, 538-48 (1976)
8. Barter,J.T., D.O.Swaback, D.Todd: Adolescent Suicide Attempts. Arch. Gen. Psychiat. 19, 523-27 (1968)
9. Bayreuther,H.: Über die Bedeutung der Umweltbedingungen für den Selbstmord. Arch. Psychiat. Nervenkr. 199, 72-102 (1959)
10. Bean,Ph.: Patterns of Self-poisoning. Br. J. Prev. Soc. Med. 28, 24-31 (1974)
11. Beck,R.W. und J.B.Morris: Moral Attitude and Suicidal Behavior. Psychol. Rep. 34, 697-98 (1974)

12. Beck, A.T., D. Lester, N. Albert: Suicidal Wishes and Symptoms of Depression. Psychol. Rep. 33, 770 (1973)
13. Bibb, R.C. und S.B. Guze: Hysteria (Briquet's Syndrome) in a Psychiatric Hospital: The Significance of Secondary Depression. Am. J. Psychiat. 129:2, 224-28 (1972)
14. Biener, K. und Ch. Burger: Selbstmordversuche und Abschiedsbriefe Jugendlicher. Nervenarzt 47, 179-85 (1976)
15. Böhme, K. und M. Dittbrenner: Mittel und Methoden bei Selbstmordversuchen. Nervenarzt 47, 201-208 (1976)
16. Böhme, K., M. Ahrens, M. Dittbrenner, K. Hirsekorn, W. Willems: Selbstmordversuche in Lübeck 1947-1968 - Daten und Tendenzen. Fort. Neurol. Psychiat. 44, 559-69 (1976)
17. Böcker, F.: Klinische Maßstäbe zur Wertung eines Suizidversuchs. Dtsch. Med. Wschr. 95, 883-85 (1970)
18. Böcker, F.: Über den Einfluß der Religionszugehörigkeit auf Suizid und Suizidversuch. Med. Welt 22, 566-71 (1971)
19. Böcker, F.: Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln. Thieme, Stuttgart (1973)
20. Böcker, F.: Jedes Jahr 13000 Tote. Selbstmordverhütung - ein dringendes Problem. Medizin 5, 2693-96 (1977)
21. Boor, W. de: Neuere Arbeiten über Psychologie und Psychopathologie des Selbstmords und der Selbstbeschädigungen. Fort. Neurol. Psychiat. 17, 483-503 (1949)
22. Bratfos, O.: Attempted Suicide. A comparative study of patients who have attempted suicide and psychiatric patients in general. Acta Psychiat. Scand. 47, 38-56 (1971)
23. Bridges, P.K. und K.M. Koller: Attempted Suicide. A Comparative Study. Compr. Psychiat. 7, 240-47 (1966)
24. Bron, B.: Suizidversuche bei jungen Menschen. Fort. Neurol. Psychiat. 44, 435-46 (1976)
25. Bruhn, J.G.: Broken Homes among Attempted Suicides and Psychiatric Out-Patients: A Comparative Study. J. Ment. Sci. 108, 772-79 (1962)

26. Bruhn, J.G.: Comparative Study of Attempted Suicides and Psychiatric Out-Patients. Br. J. Prev. Soc. Med. 17, 197-201 (1963)
27. Buglass, D. und J.C. Duffy: The Ecological Pattern of Suicide and Parasuicide in Edinburgh. Soc. Sci. Med. 12, 241-53 (1978)
28. Buglass, D. und J. Horton: A Scale for Predicting Subsequent Suicidal Behaviour. Br. J. Psychiat. 124, 573-78 (1974a)
29. Buglass, D. und J. Horton: The Repetition of Parasuicide: A Comparison of Three Cohorts. Br. J. Psychiat. 125, 168-74 (1974b)
30. Burke, A.W.: Attempted Suicide among Asian Immigrants in Birmingham. Br. J. Psychiat. 128, 528-33 (1976)
31. Cavalli-Sforza, L.: Biometrie - Grundzüge biologisch-medizinischer Statistik. G. Fischer, Stuttgart (1974)
32. Chowdhury, N., R. Hicks, N. Kreitman: Evaluation of an After-care Service for Parasuicide Patients. Soc. Psychiat. 8, 67-81 (1973)
33. Clarmann, M. von: Gezielte Erstbehandlung akuter Vergiftungen. Bayer-Leverkusen, Pharm.-wiss. Abteilung (1968)
34. Conte, H.R. und R. Plutchik: Personality and Background Characteristics of Suicidal Mental Patients. J. Psychiat. Res. 10, 181-88 (1974)
35. Copas, J.B., D.L. Freeman-Browne, A.A. Robin: Danger Periods for Suicide in Patients under Treatment. Psychol. Med. 1, 400-404 (1971)
36. Crook, T., A. Raskin, D. Davis: Factors Associated with Attempted Suicide among Hospitalized Depressed Patients. Psychol. Med. 5, 381-88 (1975)
37. Dahlgren, K.G.: On Suicide and Attempted Suicide. Lindstedts, Lund (1945)
38. Degkwitz, R., H. Helmchen, G. Kockott, W. Mombour: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche

Ausgabe der internationalen Klassifikation der World Health Organisation: ICD = International Classification of Diseases. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (1975)

39. Dorpat, T.L.: Psychological Effects of Parental Suicide on Surviving Children, in: Cain, A.C. (Hrsg.): Survivors of Suicide. Thomas-Publisher, Springfield (1972)
40. Dorpat, T.L. und J.W. Boswell: An Evaluation of Suicidal Intent in Suicide Attempts. Compr. Psychiat. 4, 117-25 (1963)
41. Dorpat, T.L. und H.S. Ripley: The Relationship between Attempted Suicide and Committed Suicide. Compr. Psychiat. 8, 74-79 (1967)
42. Dotzauer, G., H. Goebels, H. Legewie: Selbstmord und Selbstmordversuch - Statistischer Vergleich von Hamburger Erfahrungen aus den Jahren 1935 bis 1959. Mü. Med. Wschr. 105, 973-81 (1963)
43. Eisenthal, A., N.L. Farberow, E.S. Shneidman: Follow-up of Neuro-Psychiatric Hospital Patients Placed on Suicide Observation Status. Publ. Health Rep. 81, 977-90 (1966)
44. Elia, G. de und C. Perris: Selbstmordversuche im Laufe unipolarer und bipolarer Depressionen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 212, 339-56 (1969)
45. Elia, G. de, L.v. Knorring, C. Perris: Non-Psychotic Depressive Disorders: A Ten Year Follow-up. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 255, 173-86 (1974)
46. Ettlinger, R.: Evaluation of Suicide Prevention after Attempted Suicide. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 260, 3-135 (1975)
47. Ettlinger, R.W. und P. Flordh: Attempted Suicide. Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl. 103, 5-20 (1955)
48. Farberow, N.L.: Personality Patterns of Suicidal Mental Hospital Patients. Genet. Psychol. Monogr. 42, 3-79 (1950)
49. Farberow, N.L. und E.S. Shneidman: The Cry for Help. McGraw-Hill, New York (1961)
50. Feudell, P.: Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen. Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 4, 147-52 (1952)

51. Feuerlein, W.: Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung?
Nervenarzt 42, 127-30 (1971)
52. Forssman, H. und B. Jansson: Follow-up Study of 849 Men Admitted
for Mental Disorders to the Psychiatric Ward of a General
Hospital. Acta Psychiat. Neurol. Scand. 35, 57-72 (1960)
53. Gominet, P., J.-P. Monnier, D. Culot, M. Dugourd: Suicides et
tentatives de suicide. Etude statistique. Intervention et
Responsabilité du Psychiatre de Secteur public.
Ann. Med. Psychol. 132, 132-36 (1974)
54. Greer, S.: The Relationship between Parental Loss and Attempted
Suicide: A Control Study. Br. J. Psychiat. 110, 698-705 (1964)
55. Greer, S. und Ch. Bagley: Effect of Psychiatric Intervention
in Attempted Suicide: A Control Study. Br. Med. J. 1, 310-12
(1971)
56. Greer, S., J. C. Gunn, K. M. Koller: Aetiological Factors in
Attempted Suicide. Br. Med. J. 2, 1352-55 (1966a)
57. Greer, S. und J. C. Gunn: Attempted Suicides from Intact and
Broken Parental Homes. Br. Med. J. 2, 1355-57 (1966b)
58. Grüneberg, F. und K. Ibe: Suizidversuche mit Hypnotika, Psycho-
pharmaka und Analgetika. Internist 13, 209-15 (1972)
59. Grüneberg, F., H. Helmchen, H. Hippus: Zur Phänomenologie von
Suizidversuchen anhand von über 500 Beobachtungen in einem
großstädtischen Reanimationszentrum. Therapiewoche 22,
2242-52 (1972)
60. Hausmann, Ch., R. Albert, H. Kayser: Suizidversuch. Psychiatri-
sche Untersuchung bei 820 Frauen. Dtsch. Med. Wschr. 93,
1883-87 (1968)
61. Henderson, A. S., J. Hartigan, J. Davidson, G. N. Lance, P. Duncan-
Jones, K. M. Koller, K. Ritchie, H. McAuley, C. L. Williams,
W. Slaghuis: A Typology of Parasuicide.
Br. J. Psychiat. 131, 631-41 (1977)
62. Henseler, H.: Narzißtische Krisen / Zur Psychodynamik des
Selbstmords. Rowohlt, Hamburg (1974)

63. James, I.P. und S. Levin: Suicide Following Discharge From Psychiatric Hospital. Arch. Gen. Psychiat. 10, 43-46 (1964)
64. Jansson, B.: A Catamnestic Study of 476 Attempted Suicides, with Special Regard to the Prognosis for Cases of Drug Automatism. Acta Psychiat. Scand. 38, 183-98 (1962)
65. Jensen, V.W. und T.A. Petty: The Fantasy of Being Rescued in Suicide. Psychoanal. Quart. 27, 327-39 (1958)
66. Johanson, E.: A Study of Schizophrenia in the Male. Acta Psychiat. Scand. Suppl. 125, 1-132 (1958)
67. Kallmann, F. und M. Anastasio: Twin Studies on the Psychopathology of Suicide. J. Nerv. Ment. Dis. 105, 40-55 (1947)
68. Kateryniuk, N.: Suicidal Behavior - Medical and Social Implications. Dis. Nerv. Syst. 33, 446-50 (1972)
69. Kennedy, P. und N. Kreitman: An Epidemiological Survey of Parasuicide ("Attempted Suicide") in General Practice. Br. J. Psychiat. 123, 23-34 (1973)
70. Kessel, N.: Self-poisoning - Part I. Br. Med. J. 2, 1265-70 (1965)
71. Kielholz, P. und R. Battegay: Vergleichende Untersuchungen über die Genese und den Verlauf der Drogenabhängigkeit und des Alkoholismus. Schweiz. Med. Wschr. 97, 893-901 und 944-49 (1967)
72. Kochansky, G.E.: Risk Taking and Hedonic Mood Stimulation in Suicide Attempters. J. Abnorm. Psychol. 81, 80-86 (1973)
73. Kockott, G., H. Heyse, W. Feuerlein: Der Selbstmordversuch durch Intoxikation. Fort. Neurol. Psychiat. 38, 441-65 (1970)
74. Köhler, K.-H.: Ärztliche Behandlung beim Selbstmordversuch. Eine kritische Studie. Dtsch. Med. Wschr. 97, 5-7 (1972)
75. Kreitman, N.: Parasuicide. Br. J. Psychiat. 115, 746-47 (1969)
76. Kreitman, N., P. Smith, E.S. Tan: Attempted Suicide as Language: An Empirical Study. Br. J. Psychiat. 116, 465-73 (1970)
77. Lester, D. und A.T. Beck: Attempted Suicide in Alcoholics and Drug Addicts. J. Stud. Alcohol 36, 162-64 (1975)

78. Lester,D. und A.T.Beck: Suicidal Behavior in Neurotics and Psychotics. Psychol. Rep. 39, 549-50 (1976)
79. Levy,S. und R.H.Southcombe: Suicide in a State Hospital for the Mentally Ill. J. Nerv. Ment. Dis. 117, 504-14 (1953)
80. Levy,L.D., C.H.Fales, M.Stein, V.H.Sharp: Seperation and Attempted Suicide. Arch. Gen. Psychiat. 15, 158-64 (1966)
81. Linden, K.J.: Der Suizidversuch. Enke, Stuttgart (1969)
82. Litman,R.E. und N.D.Tabachnick: Psychoanalytic Theories of Suicide, in: Resnik,H.L.P.(Hrsg.): Suicidal Behaviors. Little Brown Comp., Boston (1968)
83. Lukianowicz,N.: Suicidal Behaviour: An Attempt to Modify the Environment. Br. J. Psychiat. 121, 387-90 (1972)
84. Lukianowicz,N.: Suicidal Behaviour: An Attempt to Modify the Environment. Part III. Psychiat. Clin. 7, 159-71 (1974)
85. Lungershausen,E.: Intoxikation und Suizidversuch. Grenzfälle suizidalen Handelns. Arch. Psychiat. Zschr. Neurol. 211, 38-42 (1968)
86. Mayfield,D.G., D.Montgomery: Alcoholism, Alcohol Intoxication, and Suicide Attempts. Arch. Gen. Psychiat. 27, 349-53 (1972)
87. Mayo,J.A.: Psychopharmacological Roulette: A Follow-up Study of Patients Hospitalized for Drug Overdose. Am. J. Publ. Health 64, 616-17 (1974)
88. Menninger,K.A.: Man against Himself. Harcourt, Brace & World, New York (1938)
89. Menninger,K.A.: Psychoanalytic Aspects of Suicide. Int. J. Psychoanal. 14, 376-90 (1933)
90. Midenet,M.: Les suicides survenant chez les malades mentaux après leur sortie de l'hôpital psychiatrique et leur relation avec les états dépressifs survenant durant la même période. J. Med. Lyon 48, 271-77 (1967)
91. Möller,H.J. und V.Werner: Betreuung suizidgefährdeter Patienten durch niedergelassene Ärzte. Mü. Med. Wschr. 121, 213-17 (1979)

92. Morgan,H.G., H.Pocock, S.Pottle: The Urban Distribution of Non-Fatal Deliberate Self-Harm. Br. J. Psychiat. 126, 319-28 (1975a)
93. Morgan,H.G., Ch.J.Burns-Cox, H.Pocock, S.Pottle: Deliberate Self-Harm: Clinical and Socio-Economic Characteristics of 368 Patients. Br. J. Psychiat. 127, 564-74 (1975b)
94. Morgan,H.G., J.Barton, S.Pottle, H.Pocock, Ch.J. Burns-Cox: Deliberate Self-Harm: A Follow-up Study of 279 Patients. Br. J. Psychiat. 128, 361-68 (1976)
95. Motto,J.A.: Suicide Attempts. Arch. Gen. Psychiat. 13, 516-20 (1965)
96. Neuringer,Ch.: Methodological Problems in Suicide Research. J. Consult. Psychol. 26, 273-78 (1962)
97. Niskanen,P., T.Koskinen, U.Lepola, E.Venäläinen: A Study of Attempted Suicides in Urban versus Rural Areas, with a Follow-up. Acta Psychiat. Scand. 52, 283-91 (1975)
98. Noreik,K.: Attempted Suicide and Suicide in Functional Psychoses. Acta Psychiat. Scand. 52, 81-106 (1975)
99. Oltman,J.E. und S.Friedman: Study of Suicidal Attempts in Patients Admitted to a State Psychiatric Hospital. Dis. Nerv. Syst. 23, 433-39 (1962)
100. Pallis,D.J., A.M.Langley, J.Birchnell: Excessive Use of Psychiatric Services by Suicidal Patients. Br. Med. J. 3, 216-18 (1975)
101. Paykel,E.S. und M.N.Dienelt: Suicide Attempts Following Acute Depression. J. Nerv. Ment. Dis. 153, 234-43 (1971)
102. Paykel,E.S. und E.Rassaby: Classification of Suicide Attempts by Cluster Analysis. Br. J. Psychiat. 133, 45-52 (1978)
103. Petit,J.M., D.G.Spiker, J.T.Biggs: Psychiatric Diagnosis and Tricyclic Plasma Levels in 36 Hospitalized Overdose Patients. J. Nerv. Ment. Dis. 163, 289-93 (1976)
104. Planansky,K. und R.Johnston: Clinical Setting and Motivation in Suicidal Attempts of Schizophrenics. Acta Psychiat. Scand. 49, 680-90 (1973)

105. Pöldinger, W.: Die Abschätzung der Suizidalität.
H. Huber, Bern/Stuttgart (1968)
106. Pokorny, A. D.: Suicide Rates in Various Psychiatric Disorders.
J. Nerv. Ment. Dis. 139, 499-506 (1964)
107. Pouget, R. und J.-F. Bertier: Suicide après sortie de l'hôpital
psychiatrique. Ann. Med. Psychol. 131, 27-57 (1973)
108. Quidu, M.: Le suicide. Etude clinique, perspectives instruc-
tives. Editions Sociales Françaises, Paris (1970)
109. Reimer, F.: Selbstmord und Selbstmordversuch im Alkoholrausch.
Z. Psychosom. Med. 10, 189-91 (1964)
110. Ringel, E.: Der Selbstmord. W. Maudrich, Wien/Düsseldorf
(1953)
111. Ringel, E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem unter
besonderer Berücksichtigung prophylaktischer Gesichtspunkte.
Brüder Hollinek, Wien (1961)
112. Ringel, E.: Selbstmordverhütung. Med. Mschr. 28, 104-10
(1974)
113. Ringel, E. und H. Rotter: Zum Problem des Selbstmordversuchs
im Rausch. Wien. Z. Nervenheilk. 13, 406-16 (1957)
114. Robins, E., E. Schmidt, P. O'Neal: Some Interrelations of Social
Factors and Clinical Diagnosis in Attempted Suicide: A Study
of 109 Patients. Am. J. Psychiat. 114, 221-31 (1957)
115. Rosen, D. H.: The Serious Suicide Attempt: Epidemiological
and Follow-up Study of 886 Patients.
Am. J. Psychiat. 127, 764-70 (1970)
116. Rosen, A., W. M. Hales, W. Simon: Classification of "Suicidal"
Patients. J. Consult. Psychol. 18, 359-62 (1954)
117. Rügsegger, P.: Selbstmordversuche. Klinische, statistische
und katamnestische Untersuchung an 132 Suizidversuch-
Patienten der Basler psychiatrischen Universitätsklinik.
Psychiat. Neurol. 146, 81-104 (1963)
118. Sainsbury, P.: Suicide in London. Chapman & Hall, London
(1955)

119. Schmidt, E., P.O'Neal, E.Robins: Evaluation of Suicide Attempts as Guide to Therapy.
J. Am. Med. Assoc. 155, 549-57 (1954)
120. Schneider, P.-B.: La tentative de suicide. Etude statistique, clinique, psychologique et catamnétique.
Delachaux et Niestle, Neuchâtel/Paris (1954)
121. Sendbuehler, J.M., J.Bernstein, G.Nemeth: Attempted Suicide and Social Class - Part I.
Can. Psychiat. Assoc. J. 17, 185-91 (1972)
122. Simon, J.L.: The Effect of Income on the Suicide Rate: A Paradox Resolved. Am. J. Soc. 74, 302-3 (1968)
123. Stenbäck, A. und M.Blumenthal: Relationship of Alcoholism, Hypochondria, and Attempted Suicide.
Acta Psychiat. Scand. 40, 133-40 (1964)
124. Statistisches Bundesamt: Fachserie A, Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen. Kohlhammer, Stuttgart (1977)
125. Stengel, E.: Some Unexplored Aspects of Suicide and Attempted Suicide. Compr. Psychiat. 1, 71-79 (1960a)
126. Stengel, E.: The Complexity of Motivations to Suicidal Attempts. J. Ment. Sci. 106, 1388-93 (1960b)
127. Stengel, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch.
S.Fischer, Frankfurt/M (1969)
128. Stengel, E. und N.G.Cook: Attempted Suicide: Its Social Significance and Effects. Maudsley Monogr. Nr. 4,
Chapman & Hall, London (1958)
129. Tefft, B.M., A.M.Pederson, H.M.Babigian: Patterns of Death among Suicide Attempters, a Psychiatric Population, and a General Population. Arch. Gen. Psychiat. 34, 1155-61 (1977)
130. Teger, A.I., E.S.Katkin, D.G.Pruitt: Effects of Alcoholic Beverages and their Congener Content on Level and Style of Risk Taking. J. Pers. Soc. Psychol. 11, 170-76 (1969)
131. Temoche, A., T.F.Pugh, B.MacMahon: Suicide Rates among Current and Former Mental Institution Patients.
J. Nerv. Ment. Dis. 138, 124-30 (1964)

132. Thilges, R. und R. Battegay: Die in einer psychiatrischen Poliklinik behandelten Patienten mit Suizidversuch. Schweiz. Med. Wschr. 100, 225-28 (1970)
133. Thomas, K.: Handbuch der Selbstmordverhütung. Enke, Stuttgart (1964)
134. Vinoda, K.S.: Personality Characteristics of Attempted Suicides. Br. J. Psychiat. 112, 1143-50 (1966)
135. Weber, E.: Grundriß der biologischen Statistik. G. Fischer, Stuttgart (1972)
136. Weiss, J.M.A., N. Nunez, K.W. Schaie: Quantification of Certain Trends in Attempted Suicide, in: Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry. University of Toronto Press and McGill University Press, Montreal (1961)
137. Weissman, M. und S.V. Kasl: Help-Seeking in Depressed Outpatients Following Maintenance Therapy. Br. J. Psychiat. 129, 252-60 (1976)
138. Weissman, M., K. Fox, G.L. Klerman: Hostility and Depression Associated with Suicide Attempts. Am. J. Psychiat. 130:4, 450-55 (1973)
139. World Health Organisation (WHO): Report on a Conference, Luxembourg 19-23 Aug. 1974, in: WHO-Regional Office for Europe (Hrsg.): Suicide and Attempted Suicide in Young People. Kopenhagen (1976)
140. Wilson, G.C.: Suicide in Psychiatric Patients who have Received Hospital Treatment. Am. J. Psychiat. 125:6, 752-57 (1968)
141. Woodruff, R.A., P.J. Clayton, S.B. Guze: Suicide Attempts and Psychiatric Diagnosis. Dis. Nerv. Syst. 33, 617-21 (1972)

Z u s a m m e n f a s s u n g

Für die vorliegende Arbeit wurden durch Überprüfung der Archive der 16 wichtigsten Allgemein- und psychiatrischen Krankenhäuser Münchens und Umgebung - Methodenprobleme werden diskutiert - diejenigen von allen 835 psychiatrischen Patienten gesucht, die 1976 aus stationär-psychiatrischer Therapie in der Psychiatrischen Universitätsklinik München entlassen wurden und innerhalb des 1. Jahres nach der Entlassung mindestens einen nicht tödlich endenden Suizidversuch durch Vergiftung gemacht haben. Die 835 Patienten waren Einwohner der Stadt München, konnten jede psychiatrische Diagnose haben und mit oder ohne Suizidversuch in der Vorgeschichte sein.

Von diesen 835 Patienten machten innerhalb des 1. Jahres nach der Klinikentlassung immerhin 40 Patienten, das sind 4,8%, 52 Suizidversuche. Von diesen 40 Patienten waren nur 11 Patienten "Erstsuiizidanten" und 29 Patienten "Wiederholer" (mit früheren Suizidversuchen in der Vorgeschichte). Diese Wiederholer machten auch innerhalb des 1. Jahres gehäuft mehrere Suizidversuche. Beide Geschlechter machten gleich häufig einen oder mehrere Suizidversuche. Alle 52 Vergiftungen waren Tablettenvergiftungen, vor allem Schlafmittel - gehäuft bei Erstsuiizidanten - mit 46%, Tranquilizer mit 19% und weniger häufig als für psychiatrische Patienten erwartet Neuroleptika+Lithium+Antidepressiva mit 19% - gehäuft von Psychiatern zur Therapie verschrieben. Alle Patienten mit Medikamentenabhängigkeit zusätzlich zu sonstigen psychiatrischen Diagnosen benützten zum Suizidversuch die Substanz der Abhängigkeit. Unter den Nicht-Medikamentenabhängigen benützten die Erstsuiizidanten bevorzugt rezeptfreie Schlafmittel, die Wiederholer vorwiegend rezeptpflichtige Nicht-Schlafmittel. Zwei Drittel aller verwendeter Schlafmittel

waren rezeptfrei. Die suizidale Absicht bei den 52 Suizidversuchen war nur bei 8% ausgesprochen ernst, bei 78% ambivalent, bei 8% demonstrativ, und 6% gelten als "parasuizidale Pause". Trotz der häufigen, ambivalenten suizidalen Absicht lag die mittlere Intoxikationsstufe(Median) nach Reed nur bei 1. Keine klaren Unterschiede in der Ernsthaftigkeit und der Intoxikationsstufe gab es zwischen den Geschlechtern, Psychotiker gegenüber Nicht-Psychotiker, Erstsuiizidanten gegenüber Wiederholern.

Bei mindestens der Hälfte der Suizidversuche war Alkohol beteiligt, gehäuft bei Patienten mit Alkoholismus zusätzlich zu sonstigen psychiatrischen Diagnosen. Die Patienten, auch die allein wohnenden, machten die Suizidversuche vorwiegend in der eigenen Wohnung und wurden vorwiegend von nahestehenden Personen gefunden, gehäuft dann, wenn das Motiv "Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen" vorlag. Gerade hier scheinen demonstrative Momente eine wichtigere Rolle zu spielen als es die "suizidale Absicht" ursprünglich erkennen ließ. Die Patienten gelangten mit Notarzt- oder Krankenwagen im Mittel innerhalb von 4 Stunden nach Tabletteneinnahme zur Entgiftung in ein Krankenhaus. Bestimmte Wochentage oder Monate sind bei den Suizidversuchen nicht bevorzugt.

Der mittlere zeitliche Abstand zwischen Suizidversuch und vorangegangener Entlassung aus der Psychiatrischen Universitätsklinik beträgt 20 Wochen, aus jedmöglicher stationär-psychiatrischer Therapie Münchens und Umgebung nur 10 Wochen! Ein Drittel aller Suizidversuche des 1.Jahres fand innerhalb der ersten 6 Wochen nach der letzten Entlassung aus einer stationär-psychiatrischen Therapie statt!

Wichtigstes Motiv (35%) sind "Konflikte in zwischenmenschlichen Beziehungen", vor allem Ehe- und Partnerkonflikte, häufig kurz vor oder nach einer Trennung oder Scheidung. Nicht-Psychotiker überwiegen dabei gegenüber Psychotiker. Weitere Motive sind "persönliche Schwierigkeiten" (21%), "psychotische Affektstörungen" (8%), "finanzielle und soziale Probleme" (11%), "Probleme wegen der psychiatrischen Therapie" (6%).

Die Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung sind auf beide Geschlechter statistisch gleich verteilt. Sie sind im Mittel 32-33 Jahre alt. Nur die Frauen,

nicht aber die Männer, sind damit jünger als die Patienten ohne Suizidversuch nach der Klinikentlassung.

Auffallend ist, daß Patienten mit Nicht-Psychosen als Erstdiagnose häufiger Suizidversuche nach der Klinikentlassung machen als Patienten mit "Psychosen" oder "körperlich begründbaren, nicht-psychotischen, psychischen Störungen" oder "Oligophrenie". Patienten mit "affektiven Psychosen" oder "reaktiver, depressiver Psychose" haben sogar eine graphisch, aber statistisch nicht signifikant unter dem Durchschnitt aller Patienten liegende Suizidversuchshäufigkeit nach der Klinikentlassung. Signifikant gehäuft sind Suizidversuche nach der Klinikentlassung bei Patienten mit der Erstdiagnose "Alkoholismus", "depressive Persönlichkeit(Psychopathie)" und den Doppeldiagnosen "depressive Neurose/Persönlichkeit" + "hysterische Neurose/Persönlichkeit", "Medikamentenabhängigkeit" + "Alkoholismus" und umgekehrt, "Medikamentenabhängigkeit" + "hysterische Neurose/Persönlichkeit" und "Alkoholismus" als Zweit- oder Drittdiagnose. "Medikamentenabhängigkeit" ohne Zusatzdiagnose ist statistisch ganz knapp nicht signifikant. Diese Nicht-Psychosen mit erhöhtem Suizidversuchrisiko nach der Klinikentlassung sind bei den Wiederholern häufiger als bei den Erstsuzidanten.

Die Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung haben eine mittlere Erkrankungsdauer von 6-8 Jahren (Interdecilbereich: 2-18 Jahre). Unter diesen Patienten waren die Männer im Mittel vorher 2 Mal und die Frauen 3 Mal in stationär-psychiatrischer Therapie; ein Drittel dieser Patienten war zum ersten Mal in stationär-psychiatrischer Therapie. Chronisch körperliche Erkrankungen spielen für die Suizidversuche kaum eine Rolle (4%). Fast die Hälfte der Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung ist bis zum 14. Lebensjahr in einer "zerbrochenen Familie" (Broken Home) aufgewachsen, bei 25% der nahen Familienangehörigen sind psychiatrische Erkrankungen und bei 10% Selbstmord oder Selbstmordversuch bekannt. Unter den Patienten mit Suizidversuch sind Österreicher gehäuft, keine Religionsgemeinschaft ist bevorzugt, Ledige machen beachtliche 57,5% und getrennt Lebende und Geschiedene zusammen sogar 25% aus. Die Patienten mit Suizidversuch wohnen vorwiegend allein. Patienten aus Pflegeberufen und dem Gastwirtsgewerbe sind

gehäuft, die Arbeitslosenquote beträgt extreme 26,6%. Falls es für die Suizidversuche der Oberschicht keine Dunkelziffer gibt, besteht ein geringer Trend zu unteren Sozialschichten.

Knapp drei Viertel der 40 Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung waren zum Zeitpunkt des Suizidversuchs in ambulanter, psychiatrischer Betreuung. Die Patienten mit und ohne diese Betreuung machten gleich häufig einen oder mehrere Suizidversuche innerhalb des 1. Jahres, der zeitliche Abstand zwischen Suizidversuch und vorangegangener Entlassung ist gleich groß. Diese Patienten sind gleich häufig Männer und Frauen, gleich häufig Erstsuiizidanten und Wiederholer, aber die Patienten mit ambulanter, psychiatrischer Betreuung sind gehäuft die mit Psychosen, obwohl gerade die Patienten mit Nicht-Psychosen gehäuft Suizidversuche nach der Klinikentlassung machen.

Die Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung kamen vor allem wegen der Suizidversuche häufiger in erneute stationär-psychiatrische Therapie als die 795 Patienten ohne Suizidversuch. Nach den Suizidversuchen wurden die Patienten mit Psychosen vom Allgemeinkrankenhaus vorwiegend in stationär-psychiatrische Therapie überwiesen, die Patienten mit Nicht-Psychosen dagegen gehäuft nach Hause entlassen, obwohl die Patienten mit Nicht-Psychosen nach der Klinikentlassung gehäuft Suizidversuche machen.

In der Literatur gibt es keine Untersuchung über Suizidversuche(nicht-letal) nach der Klinikentlassung bei einer gemischten, allgemein-psychiatrischen Patientenpopulation. In der Diskussion werden deshalb Arbeiten verwendet über Suizidversuch in der Gesamtbevölkerung, Suizidversuche bei bestimmten psychiatrischen Diagnosen, Wiederholung von Suizidversuchen bei Patienten mit vorangegangenem Suizidversuch und Vergleiche zwischen Patienten mit Suizidversuch und psychiatrischen Patienten ohne Suizidversuch als Kontrollgruppe. Durch die Arbeiten, die bis Dez. 1979 erschienen sind, werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit vor allem qualitativ weitgehend bestätigt; extreme Widersprüche gab es nur sehr selten. Quantitativ zeichnen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit oft ein noch schärferes Bild als die zitierten Arbeiten. Dies war vor allem durch den

extrem hohen 72,5%-Anteil an Suizidversuch-Wiederholern unter den Patienten mit Suizidversuch nach der Klinikentlassung bedingt.

N a c h w o r t

Ich möchte an dieser Stelle Herrn Prof.H.Hippius und dem Oberarzt Herrn Dr.M.v.Cranach für die Überlassung dieses sehr interessanten Themas und die erfolgten, beratenden Gespräche danken. Außerdem danke ich allen verantwortlichen Chefärzten der 16 überprüften Kliniken Münchens und Umgebung für die Genehmigung zum Zutritt zu den Archiven und allen Damen und Herrn in den Verwaltungen und Archiven, die mich bei meiner Arbeit freundlich unterstützten.

Lebenslauf

Am 7.Mai 1951 wurde ich, Wilhelm Scherer, als Sohn des Bäckermeisters Alois Scherer und seiner Ehefrau Magdalena Scherer, geb. Waldmann, in München geboren. Von 1957 bis 1962 besuchte ich die Volksschule in der Amalienstraße, München, von 1962 bis 1968 die ersten sechs Klassen des mathematisch-naturwissenschaftlichen Gisela-Gymnasiums in München.

Im Sommer 1968 zogen meine Eltern und ich nach Dinkelscherben, Landkreis Augsburg. Von da besuchte ich die restlichen drei Klassen des mathematisch-naturwissenschaftlichen Holbein-Gymnasiums in Augsburg, wo ich am 19.Juni 1971 die Reifeprüfung machte.

Vom Wintersemester 1971/72 bis zum Wintersemester 1978/79 studierte ich an der Ludwig-Maximilians-Universität München Humanmedizin. Im "Freien Fach" des Praktischen Jahres arbeitete 1977/78 in der Psychiatrischen Universitätsklinik München, wo ich das Thema der vorliegenden Promotion erhielt. Die Zeit von März 1978 bis Dezember 1979 galt in erster Linie der Promotion und dem Staatsexamen am 3.Mai 1979.

